

# Gjør det vondt å vokse?

-

## Psykisk helse og lokalsamfunn i rask endring

-

*En undersøkelse i vekstkommunen Ullensaker*

**Ann-Grete Dybvik Akre**



Høgskolen i Hedmark



**Mastergradsoppgave i Psykisk helsearbeid**

**Avdeling for helse- og idrettsfag**

**HØGSKOLEN I HEDMARK**

**August 2010**

## Forord

Ullensaker kommune er et lokalsamfunn i rask vekst og endring. Det er en ambisiøs oppgave å skulle ta for seg den psykiske helsesituasjonen i kommunen. Dette studiet kan i så måte bare ses på som et forstudie, som jeg håper skal bidra til interesse for temaet, videre forskning og fokus på betydningen av å tenke helsefremmende i utviklingen av lokalsamfunnet.

Jeg vil takke min veileder, professor Bengt Eriksson, for god og tålmodig veiledning underveis, og for psykisk støtte i perioder hvor det har gått litt tungt. Jeg vil også takke lærerne ved Høgskolen i Hedmark og Høgskolen i Vestfold, masterstudiet i psykisk helsearbeid, for mye spennende undervisning, som har bidratt til at jeg våget meg ut i studiets problemstilling. Takk til mine kolleger som midt i en travel hverdag tok seg tid til en liten intern kartlegging. Og tusen takk til informantene som stilte opp med all sin erfaring og kunnskap.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min mann, Trond-Mauritz, for hans tålmodighet og all den støtte og praktiske hjelp han har gitt meg, med alt fra data til husarbeid, i løpet av arbeidet med oppgaven. Det har vært en uvurderlig hjelp, ikke minst da End Note-programmet rotet til alle referansene mine og jeg måtte lete opp alle på nytt. Tusen takk!

Jessheim, 09.08.10

Ann-Grete Dybvik Akre

## Sammendrag

*Tittel:* Gjør det vondt å vokse?

Psykisk helse og lokalsamfunn i rask endring. En undersøkelse i vekstkommunen Ullensaker.

*Bakgrunn:* Oppgaven bygger på en undring over hvordan rask endring og vekst i et lokalsamfunn påvirker innbyggernes psykiske helse. Ullensaker er flyplasskommunen som på kort tid har utviklet seg fra bygd til et samfunn med bypreg. Psykisk helsevern har opplevd en sterk økning i henvendelser.

- Hensikt:*
1. Å finne ut om det å bo i et lokalsamfunn i rask og gjennomgripende endring og vekst, slik som Ullensaker kommune, påvirker befolkningens psykiske helse og dermed behovet for helsehjelp.
  2. Å finne ut hvordan et slikt samfunn kan håndtere situasjonen for å skape beskyttelsesfaktorer.

*Materiale og metode:* Studiet er basert på kvalitativ metode, inspirert fra hermeneutikk og fenomenologi. Datainnhenting skjedde gjennom semistrukturerte, individuelle intervjuer med 10 strategisk valgte fagpersoner innenfor ulike tjenesteområder. Analysen av data resulterte i kvalitative kategorier og underkategorier, som ble knyttet opp mot tidligere forskning og teori om psykisk helse og lokalsamfunn, sosial kapital, opplevelse av sammenheng, det moderne samfunn og anomi. Diskusjonen tar for seg hvordan sosial kapital og opplevelse av sammenheng påvirkes av den raske veksten og endringene i samfunnet, og hvilke konsekvenser det kan få for innbyggernes psykiske helse, og hvordan skape beskyttelsesfaktorer.

*Resultater og konklusjon:* Resultatene viser at rask vekst og endringer i lokalsamfunnet kan føre til psykisk uhelse i befolkningen. Særlig de mest sårbare er utsatt. Både sosial kapital og opplevelse av sammenheng står i fare for å bli redusert. Identitet og sosialt nettverk blir fremhevet som vesentlig for psykisk helse. Resultatene tyder imidlertid på at sosial kapital alene ikke er nok. Individuelle og fysiske forhold spiller en vesentlig rolle. Det er de lettere psykiske lidelsene (angst og depresjon) som er mest påvirkelige av endringene i omgivelsene. Undersøkelsen viser at mange av innbyggerne både tåler og liker endringene godt. Det er usikkert hvorvidt botid i kommunen har betydning for psykisk helse. Identitetsbygging, nettverksbygging, meningsfulle aktiviteter og et godt tjenestetilbud er beskyttelsesfaktorer. Helsefremmende tiltak krever kontinuerlig kartlegging og planlegging.

*Emneord:*

Psykisk helse, sosial kapital, lokalsamfunn, opplevelse av sammenheng, salutogenese

## Summary

*Title:* Growing, does it hurt? Rapidly changing local communities and consequences for mental health. A study in the municipality of Ullensaker.

*Background:* This study resulted from curiosity about how rapid change and growth in a local community affects residents' mental health. Ullensaker is a municipality that, in a very short time, has developed from rural to an urbanized society. Mental health services have experienced a sharp increase in inquiries.

*Purpose:*

1. To investigate whether living in a local community experiencing fast and pervasive change and growth, such as Ullensaker, affects the population's mental health and the need for health care.
2. To decide how such a society can handle the situation in order to create protective safeguards.

*Materials and methods:* The study is based on a qualitative method inspired from hermeneutic and phenomenology. Data-collection was made by semi-structured, individual interviews with 10 professionals in various service areas. The data-analysis resulted in qualitative main- and sub-categories, which were related to previous research and theory on mental health and community, social capital, sense of coherence, the modern society, and anomy. The discussion focuses on how social capital and sense of coherence is affected by the rapid growth and changes in society, what the consequences might be for inhabitant's mental health, and how to create protective safeguards.

*Results and conclusion:* The results shows that the rapid growth and changes can lead to poor mental health in the population. In particular, the most vulnerable are exposed. Both social capital and sense of coherence are in danger of being reduced. Identity and social networks are highlighted as essential for good mental health. However the results indicate that social capital alone is not enough. individual and physical factors play a significant role. Less serious mental disorders (anxiety and depression) are most susceptible to changes in the environment. On the other hand, many of the inhabitants tolerate and even enjoy the changes. It is uncertain whether the length of time lived in the local community had an effect on mental health. Identity-building, networking, meaningful activities, and good public services are essential protective factors. Health promotion requires continuous monitoring and planning.

*Keywords:* Mental health, social capital, local environment, sense of coherence, salutogenesis

*«Vær ikke ett i dag, i går,  
og noe annet om et år.  
Det som du er, vær fullt og helt,  
og ikke stykkevis og delt.»  
(fra Brand)  
(Ibsen, 2005:19)*

# Innholdsliste

Sammendrag.....	3
Summary.....	4
1. Innledning.....	7
1.1 Tema - Gjør det vondt å vokse?.....	7
1.2 Hensikt .....	8
2. Om Ullensaker .....	9
2.1 Brukerundersøkelse – Levekårsindeks.....	11
2.2 Kommunehelsetjenesten.....	12
3. Tidligere forskning.....	14
4. Relevant teori.....	18
4.1 Lokalsamfunn .....	18
4.2 Det moderne samfunn .....	19
4.2.1 Urbanisering.....	20
4.2.2 Flytende modernitet.....	21
4.2.3 Livsform .....	22
5. Psykisk helse .....	24
5.1 Hva er psykisk helse / uhelse?.....	25
5.2 Lokalsamfunnets betydning for å fremme helse / psykisk helse .....	27
5.3 Sosial kapital.....	28
5.3.1 Sosial kapital – ulike former og dimensjoner.....	32
5.3.2 Sosial kapital og psykisk helse .....	34
5.4 Anomi – normløshet / uoversiktligheit.....	35
5.5 Opplevelse av sammenheng (OAS).....	37
5.6 Om identitet, trygghet, stigmatisering/marginalisering og empowerment.....	39
6. Metode.....	42
6.1 Ontologisk – epistemologisk forankring.....	42
6.2 Kvalitativ metode.....	43
6.3 Utvalg og første kontakt .....	44
6.4 Datainnhenting.....	45
6.5. Analyse.....	46
6.6 Fra transkribert empiri til beskrivelser og begreper.....	47
6.7 Validitet.....	50
6.8 Etikk .....	52
7. Resultatet.....	53
7.1 Sammenfatning av intervjuundersøkelsen.....	54
8. Diskusjon.....	76
8.1 Hva skjer med innbyggernes sosiale kapital i et samfunn i endring og vekst – og hvilke konsekvenser kan dette få for deres psykiske helse? .....	77
8.2 Hva skjer med innbyggernes opplevelse av sammenheng (OAS) i et samfunn i endring og vekst – og hvilke konsekvenser kan dette få for deres psykiske helse? .....	86
8.3 Hvordan skape beskyttelsesfaktorer?.....	97
8.4 Metoderefleksjon.....	102
9. Konklusjon.....	103
10. Litteraturliste.....	108
Vedlegg 1: Presentasjon av forskning.....	1
Vedlegg 2: Forespørsel om å delta i intervjuundersøkelse.....	15
Vedlegg 3: Samtykkeskjema!.....	16
Vedlegg 4: Intervjuguide!.....	17

Antall ord: 39103 ord + litteraturliste, sammendrag og vedlegg. Fått dispensasjon.

# 1. Innledning

Allerede i 1969 ble tanken om Gardermoen som hovedflyplass lansert av stortingsrepresentant Odvar Nordli. Han hadde et viktig argument: «Flyplassen skulle sette fart på næringslivet i Mjøsområdet.» (Bakken, Holtet & Lunder, 1999:15). Dette ble et viktig argument i alle utredninger om hovedflyplass. I årevis rådet flyplassoptimismen på Romerike. Både næringsliv og lokalpolitikk var preget av forventning om flyplass og vekst. Så kommer flyplassvedtaket, og en smilende samferdselsminister Kjell Opseth kommer på TV-skjermen og forteller at flyplassen skal bygges på Gardermoen. Det største byggeprosjektet på norsk jord noensinne var igang:

Kalenderen viser 8.oktober 1992, og i Storgata på Jessheim er det folkefest. Folk stimer om NRK Dagsrevyreporteren som rapporterer flyplass-spenning til hele folket fra en provisorisk bod i uværet. Folk vil mer enn gjerne på TV. Alle er der – sognepresten, kommunelegen. Doktor Christian Mothes går rundt i undring. Akademisk skepsis viker for smittende festhumør. Skal den nye tid komme til bygda nå i kveld? (Bakken et al., 1999:9).

## 1.1 Tema - Gjør det vondt å vokse?

Hummelvoll viser i sin lærebok til Lønnings definisjon av helse: «Helse er et menneskes evne til å mestre de påkjenninger livet gir» (Hummelvoll, Jensen, Dahl & Olsen, 2004:565). Jeg undres; Hvordan mestrer innbyggerne i Ullensaker det å bo i en kommune i så voldsom vekst og endring? Hvilke belastninger eller styrker representerer «den nye tid» i kommunen? Er det sammenheng mellom utviklingen og folks psykiske helsetilstand? «Nettopp denne hurtige endringstakten gjør at det er vanskelig å skaffe seg oversikt og å kjenne seg trygg», sier Hummelvoll, Eriksson og Beston (2009,23). Hva er årsaken til at noen ser ut til å klare seg bedre enn andre? Hvordan kan man ut fra et lokalsamfunnsperspektiv og et psykisk helseperspektiv skape beskyttelsesfaktorer?

Som innbygger i Ullensaker i snart 30 år og ansatt i det kommunale helsetilbudet i 14 år, har jeg selv fått erfare veksten og endringene både som privatperson og som yrkesutøver. Der jeg før gikk på sopp- eller bærtur i skogen, er det nå blokkbebyggelse. Det lille intime sentrumet, hvor jeg før alltid møtte kjente som jeg kunne slå av en prat med, er blitt forvandlet til et gedigent kjøpesenter, hvor man nesten ikke finner parkering utenfor, og sjelden treffer kjente inne. Og nesten uansett hva man skal, så er det kø; i butikken, på apoteket, på posten, i banken, hos legen, i trafikken osv., og til og med når jeg skal gå tur i naturen rundt lokalmiljøets naturperle, Nordbytjernet, får jeg en opplevelse av å gå i «kø».

Mitt arbeidssted, Avdeling for psykisk helsevern i Ullensaker, opplever stor økning i antall henvisninger pr år. Hva kan være årsaken til økningen? Kan noe av forklaringen ligge i store endringer i lokalsamfunnet? I dette ligger min interesse for temaet og min forforståelse.

## 1.2 Hensikt

Masteroppgaven søker å besvare to innbyrdes relaterte spørsmål:

1. Jeg ønsker å finne ut om det å bo i et lokalsamfunn i rask og gjennomgripende endring og vekst, slik som Ullensaker kommune, påvirker befolkningens psykiske helse og dermed behovet for helsehjelp.
2. Jeg vil finne ut hvordan et slikt lokalsamfunn kan håndtere situasjonen for å skape beskyttelsesfaktorer?

Ved å dokumentere beskyttelses- og risikofaktorer i Ullensaker kommune, håper jeg å bidra til økt bevissthet, slik at det legges fokus på å skape et samfunn med mange beskyttende faktorer, og dermed forhåpentligvis redusere eventuelle negative konsekvenser av flyplassvedtaket.

Ullensaker-samfunnet består av mange grupperinger av mennesker. I denne oppgaven vil jeg kun se på de voksnes situasjon, dvs. innbyggere i Ullensaker som er 18 år eller eldre. Jeg kommer til å skille mellom de opprinnelige Ullsokningene og de nye innflytterne. Førstnevnte vil i oppgaven bli benevnt som de «gamle» innbyggerne.

For å få svar på min hensikt og få et håndterbart materiale har jeg laget følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke faktorer og forandringer i lokalsamfunnet Ullensaker kan representere risikofaktorer og føre til psykisk uhelse?
2. Hvilke andre årsaker kan ha ført til økningen i henvisninger til psykiatrisk hjelpetilbud?
3. Kan den høye veksten og de raske endringene i lokalsamfunnet også ha bidratt til styrking av beskyttelsesfaktorer for psykisk helse? I så fall hvilke?
4. Er det forskjell på de som har bodd her lenge og de som er nyinnflyttede når det gjelder sårbarhet for psykisk helse?
5. Hva rent konkret kan gjøres for å skape beskyttelsesfaktorer i Ullensaker kommune?



## 2. Om Ullensaker

Ullensaker kommune, som ligger 25 km nord for Oslo, var en typisk landkommune. Landbruk og forsvaret var de største arbeidsplassene. Største tettsted, Jessheim, ble tidligere betegnet som et veikryss på landet, på veg mot Eidsvoll. Innbyggere som flyttet til Jessheim på 1960-tallet, forteller om at det gikk hester i Storgata, som var en grusveg.

Da jeg første gang flyttet til Ullensaker kommunen i 1981, fikk jeg velkomsten: «Velkommen til Norges mest sentrale ødemark». Og her var virkelig en fredelig plett på jord. Kommunen bestod av flere små tettsteder, der Jessheim var det største. Her var et lite intimt sentrum med de viktigste servicetjenestene. De fastboende kjente til de fleste i bygda, så når de gikk på butikken møttes de ofte. De var tydelige på at de var Ullsokninger. Militæret var et fremmedelement, men også en kjærkommen næring. Forsvaret gav arbeidsplasser og kunder til butikkene og utestedene. Det var dermed en slags stilltiende aksept for at soldater og befal med familier oppholdt seg i området. Men den identitetsbærende benevnelsen «Ullsokning» var kun for de fastboende.

I 1992 kom vedtaket som endret alt for Ullensakers innbyggere. Landets hovedflyplass skulle legges til Gardermoen, og Ullensaker skulle bli vertskommune for flyplassen. Et helt lokalsamfunn på Gardermoen skulle raderes bort til fordel for flyplassen. 270 hus ble revet og nærmere 1000 mennesker ble tvangsflyttet fra gård og grunn. Andre ble boende innenfor støysonen. Overlege John Ivar Brevik har foretatt helseundersøkelser av den berørte befolkningen i 1995, 1998 og 2001, dvs. både i utbyggingsfasen og i driftsfasen av flyplassen. Hans undersøkelse konkluderer med størst økning i psykiske plager hos befolkningen som måtte flytte, men også andre fastboende i kommunen fikk en økning av psykiske plager (Brevik, 2001). Han viser til at de som valgte å flytte ut av kommunen har rapportert dårligere helse enn de som flyttet innad i Ullensaker.

I årene etter vedtaket om hovedflyplass har Ullensaker vært gjennom en voldsom endring.

**Tabell 1 viser befolkningsutvikling 1997 – 2008**

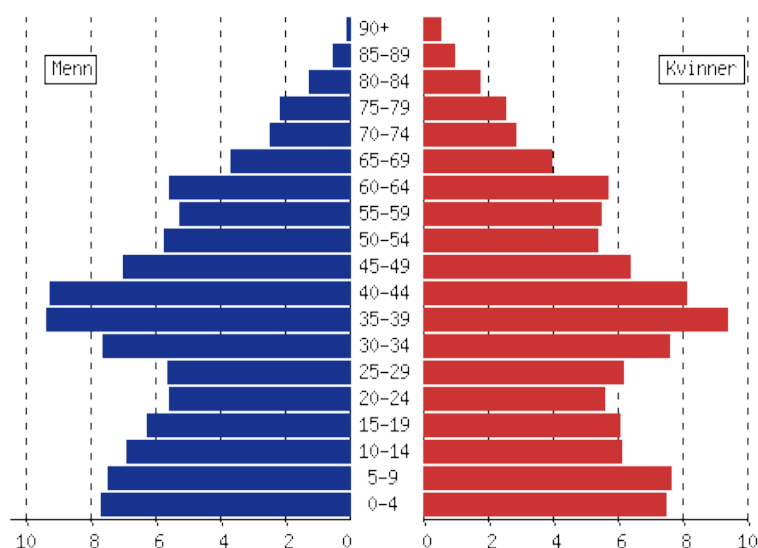
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Folke- tilvekst</b>	553	827	940	970	831	812	713	697	968	1204	950	
<b>Folke- mengde</b>	19603	20160	20987	21942	22931	23784	24556	25269	25966	26934	28138	29088

(SSB, 2010a)

Kommunen er en av de kommunene i Norge som har vokst mest i disse årene; de siste 10 årene har kommunen vokst med gjennomsnittlig ca. 900 innbyggere hvert år. På landsgjennomsnitt har befolkningsveksten i Norge vært på 46 % fra 01.01.51 til 01.01.09. I Ullensaker har befolkningsveksten vært på 206 % i samme tidsrom (SSB, 2010b).

Det er stor mobilitet i befolkningen. I 2008 flyttet 4379 personer ut eller inn av kommunen (Ullensaker Kommune, 2010b). Det ble bygd 557 nye boliger. Politikerne sikter mot bystatus og det bygges nye «bydeler» med blokkbebyggelse flere steder i og rundt sentrum.

Den store tilflytningen har i stor utstrekning vært barnefamilier og lavutdanningsgrupper. Statistikk viser at bruttoinntekten pr innbygger ligger over landsgjennomsnittet, men under fylkets nivå. Arbeidsledigheten ligger så vidt under landsgjennomsnittet (SSB, 2010c).



Figur 1 viser befolknings sammensetn. etter kjønn og alder – i prosent 010110 (SSB, 2010c).

Befolkningen i Ullensaker er svært svært ung; 25,5% er barn under 17 år. Bare 2,7% er 80 år eller eldre (SSB, 2010c).

Næringslivet i Ullensaker har hatt en formidabel vekst, ikke minst innen servicenæringer. Vi ser høy grad av nyetableringer. Det er mye bevegelse i arbeidslivet. I dag gir næringslivet i kommunen arbeid til ca. 20000 personer (Ullensaker Kommune, 2010b). Dette har ført med seg arbeidsinnvandring, ikke minst fra vårt naboland Sverige. Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) kåret Ullensaker til landets beste kommune for næringslivet i 2008 og 2009 (NHO, 2010).

Kommunen, som arbeidsplass med 1400 årsverk (Ullensaker Kommune, 2010b), har utfordringer i å møte økt behov for tjenester, ikke minst innen skoler, tilbudet til barn og unge, og sosial- og helsetjenestene. Innbyggerne i Ullensaker, har erfart hvordan biltrafikken i og

rundt sentrum har økt voldsomt. Veinettet er utnyttet til bristepunktet. Både kødannelse og parkering krever tålmodighet. Biltrafikk, tog- og flytrafikk har ført til økt støy i nærmiljøet. Forurensning er en belastende faktor.

Kultur og idrettslivet i Ullensaker har derimot hatt en oppblomstring de siste årene, og «kulturperspektivet fremgår i all kommunal planlegging» (Ullensaker Kommune, 2008:17).

## 2.1 Brukerundersøkelse – Levekårsindeks

Ullensaker kommune gjennomfører hvert annet år en innbyggerundersøkelse. Her svarer innbyggerne på hva de mener om å bo i kommunen og om kommunenes tjenestetilbud. Undersøkelsen som brukes er utviklet av KS. Ullensaker får den høyeste score på helhetsvurdering av de 15 kommunene som har gjennomført undersøkelsen (Ullensaker Kommune, 2010a). Særlig på temaer som servicetilbud, bomiljø og senterfunksjoner, kultur og idrett og næring og utbygging er resultatene bra. Det samme gjelder score på omdømme. De tre områdene der kommunen ligger under landsgjennomsnittet er «miljø i kommunen», «natur, landbruk og friluftsliv» og «trygghet».

**Tabell 2: Svar på temaer og resultat – score fra 1-6, hvor 6 er best**

<b>Temaspørsmål</b>	<b>Snittscore i Ullensaker</b>	<b>Gjennomsnitt land</b>
Tjenestetilbud	4,4	4,2
Næring og arbeid	4,1	3,7
Transport og tilgjengelighet	3,5	3,3
Miljø i kommunen	4,6	4,7
Klima og energi	3,9	3,6
Natur, landskap og friluftsliv	4,1	4,3
Levekår	4,2	4,1
Bomiljø og senterfunksjoner	4,3	3,9
Servicetilbud	4,8	4,2
Boligtilbud	4,1	3,9
Kultur og idrett	4,6	4,4
Utbygging og utvikling	4	3,7
Trygghet	4,6	4,8
Kommunen som bosted	5	4,9
Møte med din kommune	3,7	3,5
Tillit	4	3,7
Helhetsvurdering	4,4	4,1

(Ullensaker Kommune, 2010a)

Svarprosenten på undersøkelsen var 30%. Det er sagt at svarprosenten bør være minimum 30% for at en slik undersøkelse kan ilegges vekt.

## 2.2 Kommunehelsetjenesten

Psykisk helsevern i Ullensaker kommune har de siste årene opplevd en stor økning i antall henvisninger til tjenesten. Leder ved Jessheim DPS<sup>1</sup> bekrefter den samme tendensen hos dem. Jessheim DPS, som er et tilbud til mennesker på øvre Romerike, opplevde en økning i henvisninger på 50 % fra 2007 til 2008. Tjenestetilbudet økte ikke tilsvarende.

I nabokommuner på Romerike beskriver de også økning i henvendelser til psykiatritjenesten i kommunen (se tabell 3). Når en leser tabellen er det imidlertid viktig å være klar over at organiseringen av tjenesten er ulik i de forskjellige kommunene. Tallene fra de representative kommuner er dermed ikke sammenlignbare, men kan kun vise en tendens. I Ullensaker kommune representerer tallene både voksne og barn, der hovedproblematikken er psykisk helse. Av de 326 henviste var 40 barn og unge, mens 286 personer var over 18 år.

**Tabell 3 viser utviklingen av antall henvisninger til psykisk helsevern i noen kommuner på Romerike**

<b>Henvisninger til psyk.tj i kommune:</b>	<b>Antall innbyggere</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Ullensaker</b>	29088	133	177	171	187	148	241	326
<b>Sørums</b>	15369	-	80	95	135	145	150	152
<b>Nes</b>	18600	-	-	-	-	-	344	440
<b>Eidsvoll</b>	19334	-	-	135	123	116	161	?
<b>Nannestad</b>	10625	-	-	89	125	109	158	135

(Tall fra Psykisk Helsevern internt i de ulike kommunene)

For å få et lite bakgrunnsmateriale og som en ytterligere belysning av studiets interesseområde, har jeg hentet inn tallmateriale fra Ullensaker kommunes psykisk helsevern. Materialet er innhentet internt i avdelingen. Følgende variabler er kartlagt på personer som er 18 år eller eldre og som er henvist til avdelingen i 2009; alder, sivil stand, antall barn, utdanningsnivå, antall år bodd i kommunen, nettverk i nærmiljøet og årsak til henvisning. Ansatte i avdelingen har foretatt kartleggingen. Av de 286 henviste over 18 år har man fått inn data på 191 personer. Frafallet skyldes bl.a. at det ved årsskiftet sto 65 personer på venteliste til å få hjelp i psykisk helsevern. Noe frafall kan også skyldes at den som ble henvist likevel ikke ønsket tilbud ved avdelingen.

---

1 DPS = Distriktpsikiatrisk senter

**Tabell 4: Aldersfordeling blant de henviste**

<b>Alder</b>	<b>Antall totalt: 191</b>	<b>Prosent</b>
18 – 35 år	62	32,40%
36 – 50 år	73	38,20%
51 – 65 år	39	20,40%
> 65 år	10	5,20%
Ukjent	7	3,60%

Ca 70 % av de henviste er under 50 år.

**Tabell 5: Antall henviste fordelt på sivil status**

<b>Sivil status</b>	<b>Antall totalt: 191</b>
Ukjent	1
Ugift	63
Enker/enkemenn	11
Gifte / samboere	70
Skilte / separerte	46

Av de henviste er 120 personer enslige (ugifte, enker/enkemenn, skilte). 63 personer er gifte.

**Tabell 6: Antall henviste fordelt på henvisningsårsak**

<b>Henvisningsårsak</b>	<b>Antall totalt: 191</b>
Situasjonsbetinget psykisk ubalanse	58
Angst / depresjon	93
Personlighetsforstyrrelse	10
Annen alvorlig psykisk lidelse	27
Ukjent	3

151 personer er henvist grunnet situasjonsbetinget psykisk ubalanse eller depresjon/angst.

**Tabell 7: Antall henviste fordelt på utdanning**

<b>Henvistes høyeste utdanning</b>	<b>Antall totalt: 191</b>
Grunnskole	44
Videregående skole	76
Høyskole < 3 år	33
Høyskole > 3 år	3
Ukjent utdanning	35

120 personer har grunnskole eller videregående skole-nivå som høyeste utdanning.

**Tabell 8: Antall henviste ut fra størrelse på nettverk**

<b>Nettverkets størrelse</b>	<b>Antall totalt: 191</b>
< 5 nære personer	96
5-10 nære personer	62
> 10 nære personer	8
Ukjent	25

Tabell 7 viser at 158 av de henviste har mindre enn 10 nære personer i sitt nettverk, og hele 96 personer har mindre enn 5 nære personer i sitt nettverk.

**Tabell 9: Antall henviste ut fra botid i kommunen**

<b>Botid i kommunen</b>	<b>Antall totalt: 191</b>
< 5 år	37
5 - 10 år	28
11 – 20 år	43
> 20 år	40
Ukjent	43

Her ser vi at det er ikke noe tydelig skille i forhold til de som har lang botid i kommunen og de som har bodd der kort tid. Botid ser ikke ut til å ha betydning for hvem som blir henvist til avdelingen.

### 3. Tidligere forskning

I forkant av undersøkelsen har jeg konsentrert meg om teori og undersøkelser rundt temaer jeg anså som relevante; *psykisk helse, bomiljø, nettverk, sosial kapital og livsform*. Jeg forsøkte å være bevisst på å legge vekk mine teoretiske referanser under analysefasen i studiet.

Etter analysen av intervjuene, kom det til syne noen betydningsfulle områder det var nødvendig å sjekke ut mot teori. Hovedsøk ble på begrepene: Psykisk helse, sosial kapital, lokalsamfunn, opplevelse av sammenheng, salutogenese (Mental health, social capital, local environment, sense of coherence, salutogenesis).

Noen av de sistnevnte begrepene ble også kombinert med: *risikosamfunn, myndiggjøring, individualisering, mestring og marginalisering (Risk society, empowerment, individualisation, coping, marginalisation)*.

Jeg har valgt å se på studier fra Europeiske land, fra USA og fra Australia. Dette pga. at store kulturforskjeller til andre områder i verden kan gjøre sammenligninger lite valide. Det er

likevel nødvendig å være bevisst på at det også innenfor valgt geografiske områder er vesentlige kulturforskjeller. Studier både fra byområder og mer landlige områder er tatt med. Jeg har begrenset søket til studier på engelsk eller nordisk, som er publisert i år 2000 eller senere. Et studie fra 1998, som er en mastergradsoppgave om bomiljø og psykisk helse i en forstad i Oslo, har jeg likevel valgt å ta med. Dette pga at de kulturelle likhetene er av vesentlig betydning. En helseprofilundersøkelse i 2005 fra Neskollen byggefelt i Nes kommune på Romerike er også med. Denne fikk jeg tilgang til via personlige tips og deretter personlig kontakt med Nes kommune.

Jeg har ikke tatt med editorials, men har valgt å se på 5 sekundær/samlestudier. Siden sekundærstudier reduserer validiteten i et forskningsgjennomgang, har jeg kun valgt å bruke de som en sammenligning opp mot primærforskningen. De representerer dermed heller en validering av mine funn. Jeg endte opp med 31 forskningsrapporter. En presentasjon av nevnt forskning i form av en tabell er vedlegg til oppgaven (vedlegg nr.1).

I tillegg har jeg sammenlignet mine funn med helsekonsekvensutredning fra utbygging av Snøhvitfeltet ved Hammerfest (Olsen, 2006) og med Erik R. Sund og Steinar Krokstads oversikt over nordiske studier av sammenhengen mellom sosial kapital på mesonivå<sup>2</sup> og helse og helseatferdsmål (Mæland & Westin, 2009:126-128). Noen av studiene Mæland og Westin viser til er de samme som i min forskningsgjennomgang.

### **Sosial kapital:**

Sosial kapital handler om ressurser knyttet til sosiale relasjoner, være seg familie, venner, nabolag, arbeidsplassen eller frivillige organisasjoner. Det er snakk om tilliten man har til andre mennesker, kjente og ukjente (Rønning & Starrin, 2009).

Av 26 primærstudier er det 13 studier som viser at sosial kapital har en positiv effekt på mental helse. Det vises til lavere grad av depresjon (Heggedal, 2006; Lofors & Sundquist, 2006) og lavere selvmordstall (Kelly, Davoren, Mhaolain, Breen & Casey, 2009) ved høy sosial kapital. Motsatt viser forskning at lav grad av sosial kapital kan gi økt grad av psykoser (Lofors & Sundquist, 2006) og sosial isolasjon (Rogers, Huxley, Evans & Gately, 2008). Det vises også til at de som har størst tilgang på materielle ressurser også har størst tilgang på elementer i sosial kapital (Ziersch, 2005; Ziersch, Baum, Macdougall & Putland, 2005). Den individuelle sosial kapital kapasiteten står imidlertid ikke i forhold til de kollektive samfunnsressursene (Rogers et al., 2008). Dette støttes av Hovengens studie (1998) som viser at beboere med psykiske plager ikke deltar i kontaktskapende aktiviteter. Det vil si at man fanger ikke opp de som sliter psykisk. Mental helse-fremmende arbeid må dermed tilpasses

---

2 Mesonivå = systemnivå

målgruppen, sier studiet til Berry (2008). Studien i Maastricht i Nederland konkluderer med at «The neighbourhood matters» (McKenzie & Harpham, 2006:86-104). Selve naboskapet, forholdet mellom menneskene, er av størst betydning, ikke den geografiske utformingen alene. Dette støttes av helseprofilundersøkelsen på Neskollen, der man finner klar sammenheng mellom negativ opplevelse av bomiljøet og det å ha psykiske plager. Sosial kontakt og fellesskap synes å være viktigst (Nasjonalt folkehelseinstitutt & Nes kommune, 2005:20).

Av de gjennomgåtte studier er det 3 som finner en usikker positiv sammenheng mellom sosial kapital og psykisk helse (Usher i McKenzie & Harpham, 2006; De Silva, McKenzie, Harpham, Huttly, 2005; Ziersch, Baum, MacDougall, Putland, 2005). De viser til mange andre faktorer, både individuelle og i omgivelsene, som har betydning. Slike faktorer kan være det fysiske miljø og sosioøkonomiske faktorer som f.eks. økonomiske bekymringer, velstelt nabolag, opplevelse av å være fattig/anderledes, opplevelse av selvpåvirkning, minoritetstatus, tilgjengelighet til andre områder, frykt for kriminalitet, offentlig forringelse m.m.

Fire av forskningsartiklene konkluderer med en negativ eller ingen sammenheng mellom sosial kapital og psykisk helse. I en av disse studiene, et studie i Oslo, begrunnes variasjon i helse i andre egenskaper ved bydel, og særlig inntekt og utdanningsnivå er viktige indikatorer (Wel, 2005). I to andre studiene kan man vise til en motsatt sammenheng mellom sosial kapital og psykisk helse; bl.a. fant de høyere rate av CMD3 i Gospel Oak, et lite lokalsamfunn i nord-vestre del av London, til tross for høy grad av sosial kapital (Whitley i McKenzie & Harpham, 2006), og negative erfaringer med deltakelse i utvalg/grupper i lokalsamfunnet i Adelaide i Australia (Osborne, Baum & Ziersch, 2009). I undersøkelse i et belastet forstadsområde i Oslo fant man, til tross for signifikant bedring i integrasjonsnivået blant innbyggerne, ikke tilsvarende bedring for psykisk helse (Hovengen, 1998). Det viste seg at tiltakene ikke fanget opp de som hadde psykiske plager.

Et av studiene i mitt søk, studien til Hummelvoll, Eriksson og Beston (2009), som ser på mennesker med psykiske funksjonshindringer i risikosamfunnet, viser at høy endringstakt, usikkerhet, grenseløshet, fare og svekket tillit i utvikling av et samfunn ser ut til å kunne ramme utsatte grupper og gi ensomhet og fremmedgjøring. Med andre ord redusert sosial kapital kan ramme de sårbare. Men for andre kan utviklingen gi positive tilskudd i teknologi og mulighet for å utvikle nye fellesskap.

Samlestudiene/ litteraturstudiene gir noen av de samme resultatene som primærstudiene, og blir således en validering av resultatene. Fire av samlestudiene knyttes opp mot sosial kapital.

---

3 CMD = Common mental disorder = generell psykisk uhelse (min oversettelse)



Også her ser man en sannsynlig positiv og gjensidig sammenheng mellom sosial kapital og psykisk helse (Sartorius, 2003), men i tillegg er det svakheter (Withley & McKenzie, 2005) og mange andre faktorer spiller inn (Silva, McKenzie, Harpham & Huttly, 2005). Betydningen av et bevisst forhold til hvilken «livsstil» man ønsker å støtte opp om, er vesentlig ved bygging av lokalsamfunn. Man bør bygge et samfunn som bidrar til psykisk helse (Renalds, Smith & Hale, 2010).

Dette var de oppmerksom på i Hammerfest i starten av driftsperioden for Snøhvitutbyggingen (2002 – 2007). Kommunen, som allerede var i en anstrengt situasjon på slutten av 1990-tallet, var bekymret for at situasjonen skulle forverre seg ytterligere som følge av utbyggingen. Helsekonsekvensutredningen (Olsen, 2006) gav grunnlag for å iverksette diverse forebyggende tiltak innen barnevern, ungdomstiltak, fritid, rus, politi og sosialtjeneste. Det viser seg å ha positiv effekt, og det er en optimisme i Hammerfest-samfunnet. Men rask boligbygging, høye huspriser, rask utbygging av næringsvirksomhet og økt trafikkbelastning gir utfordringer, og man opplever at flere tar kontakt med krisesentre. Olsen fremhever særlig muligheten til å være deltaker / medbestemmende som en viktig faktor (ibid).

Sund og Krokstads har sett på nordiske studier der det geografiske området er mindre enn nasjoner og der man i hovedsak har benyttet flernivåanalyser. Samlestudien består av 15 studier. Ti av disse rapporterer om «assosiasjoner mellom kontekstuell sosial kapital og helse eller helseatferdsmål» (Mæland & Westin, 2009:128). Men også her vises til at «individforhold er den klart dominerende forklaringsfaktoren» (ibid).

### **Opplevelse av sammenheng:**

Opplevelse av sammenheng (OAS) handler om de individuelle forhold som bidrar til at folk holder seg psykisk friske (Antonovsky & Lev., 2000). Forskningen synes her å være helt entydig i forhold til betydningen for psykisk helse.

Eriksson, Lindström og Liljas studie på Åland (2007), viser en tydelig sammenheng mellom selvrapportert mental helse og OAS. OAS synes å være en faktor som motvirket depresjon. Andre studier viser at effekten av å bruke OAS som et behandlingsprinsipp (Langeland et al., 2005), og også når man setter rehabiliteringsmål for pasienter (Griffiths, 2009), gir positive resultater. Et eksperimentelt studie i forhold til å prøve ut Antonovkys salutogenetiske modell som en prosess i eksistensiell healing blir betegnet som en av de mest vellykkede behandlingsformer (Ventegodt, Kandel & Menick, 2009).

Resultatene fra disse fire studiene stemmer godt overens med Eriksson og Lindströms litteraturstudie/samlestudie (2006). OAS synes å være en helsefremmende ressurs, som utvikler en positiv opplevelse av mental helse. Salutogenesen har en verdifull helsefremmende effekt.

Det siste studiet av Lundberg, Hansson, Wentz og Björkman (2009) konkluderer med at jo flere avvisningsopplevelser folk har, dess mindre nivå av opplevelse av sammenheng (OAS), og mindre grad av myndiggjøring (empowerment) og lavere selvaktelse / selvrespekt. Dette studiet har jeg tatt med da stigmatisering er et fenomen som er nevnt av mine informanter, og konsekvensene dermed vil kunne gi føringer for hvordan redusere virkningen av stigma (f.eks. ved et bevisst forhold til OAS).

## 4. Relevant teori

### 4.1 Lokalsamfunn

Ferdinand Tönnies (1855-1936) brukte begrepet *samfunn*, og knyttet det til den sosiale og personlige identitet, politikk og aksjon. Han viser til to motgående tendenser i et samfunn; *Gesellschaft* og *Gemeinschaft*. I *Gesellschaft*-samfunnet bærer forholdet mellom deltakerne preg av marked, med bytte, kontrakt og kompromiss. Samværet preges av individualisme. *Gemeinschaft*-samfunnet baseres på intimitet og emosjonell involvering. Felles og stabile identiteter blir skapt i rommet av felles verdier og oppfatninger. Samfunnsmedlemmene forstår hverandre godt. Det knytter dem til nære fellesskap, og de er en viktig støtte for hverandre. *Gemeinschaft*-samfunnet var Tönnies idealsamfunn (Drevdahl, 2002).

Begrepet *lokalsamfunn* viser gjerne til «en sosialgruppe hvor det eksisterer en relativt sterk følelse av samhørighet innenfor et gitt geografisk område» (Hummelvoll et al, 2004:537). Det norske «lokalsamfunn» forbindes ofte med en gruppe individer som «utgjør et kulturelt og sosialt fellesskap» (ibid). Menneskene angår hverandre som totale personer, innenfor flere områder samtidig. Et lokalsamfunn kan dermed være alt fra et nabolag, et nærmiljø, en bydel, et geografisk atskilt område, eller en kommune.

Ullensaker består av flere tettsteder. Man kan si at hver av disse tettstedene representerer et lokalsamfunn for seg selv. Jeg ønsker imidlertid å få fram faktorer som er spesielle ved rask vekst og endring, og se disse faktorene opp mot psykisk helse. Studiet tar for seg hele kommunen som et lokalsamfunn.

Innbyggernes livsstil blir sterkt formet av det sosiale miljøet i lokalsamfunnet. Dette er trolig noe av bakgrunnen for at Mæland fremhever betydningen av å trekke fram lokalsamfunnet som strategisk arena for helsefremmende arbeid (2005). «De enkelte lokalsamfunns historie, kultur, makt og ulikhet kan ha like stor betydning som fysisk miljø, økonomi og sysselsetting» (Mæland, 2005:129). Han viser til betydningen av å ikke bare identifisere problemene, men også finne ressursene som finnes i lokalsamfunnet. Det ligger mye helsefremmende arbeid i å mobilisere, styrke og koble et lokalsamfunns ressurser.

### **Miljøfaktorens virkning på psykisk helse:**

Det er kjent kunnskap at miljøfaktorer virker inn på helsen. Inneklima, luftforurensning, mat og vannkvalitet, og fysiske miljøfaktorer som bomiljø og trafikkforhold er stadige temaer i media. Den senere tid har det også blitt mer fokus på at miljøfaktorer påvirker den psykiske helsen. I tillegg er sosiale miljøfaktorer, som «aspekter ved de nære mellommenneskelige relasjoner» (Mæland, 2005:197) av betydning for helse. Mæland benevner familien som «helsens fundament» (ibid), og han beskriver hvordan foreldres levestil nærmest går i arv i neste generasjon. Familien gir tilhørighet og sosial forankring. Det sosiale nettverket, bestående av familie, venner, naboer og arbeidskolleger, representerer kjærlighet, fellesskap, trygghet og respekt. «Å få bekreftet at andre personer bryr seg om deg, at du kan få trøst og oppmuntring, eller at du har noen å dele sorger med, er avgjørende for din egen evne til å mestre motgang og tap» (Mæland, 2005:199). I tillegg kan personene i nettverket gi deg viktig informasjon, råd og veiledning i vanskelige situasjoner og de kan være til praktisk hjelp. Det stilles i dag spørsmål til om samfunnsutviklingen, med økt omfang av familieoppløsninger og mobilitet, er en trussel for nærmiljøet.

Kultur er en viktig miljøfaktor. Kulturelle aktiviteter gir opplevelser, engasjement, innsikt og verdier (Mæland, 2005). Mye tyder på at det bidrar til å øke livskvalitet og stimulere det friske i individet. Det bidrar «til gjenvinning av funksjonsevne og helse» (ibid s.201).

## **4.2 Det moderne samfunn**

Ullsøkingene snakker fortsatt om «bygda vår». Samtidig er det et stadig aktuelt tema at samfunnet i «bygda» begynner å bli moderne. «Vi lever i et moderne samfunn», sa en informant. Hva betyr det? På midten av 1900-tallet opplevde man moderniseringen som en oppblomstring av industri, flere arbeidsplasser, økt økonomisk velstand både i samfunnet og blant befolkningen. Hva er typisk for et moderne samfunn i dag?

## 4.2.1 Urbanisering

*Urban* kommer av det latinske «urbanus» og «urbs», som betyr bymessig, «by-, som har med byer og bykultur å gjøre». *Urbanisere* vil si å «gi bypreg, gjøre urban, mer bymessig» (Caplex, 2010).

Ifølge Anthony Giddens er alle moderne stater i høy grad urbaniserte (Giddens & Birdsall, 2001:476). Byenes ekspansjon har vanligvis vært et resultat av befolkningsøkning og av innflytting fra landsbygda omkring. Byene ble et sentrum for økonomisk og industriell makt. Utvikling av moderne byer har hatt en stor påvirkning på tankelivet og adferdsmønsteret til innbyggerne. Noen mener at byutvikling er den egentlige kulturen, årsaken til all dynamisk utvikling og kulturell kreativitet. For slike mennesker representerer det urbane samfunn en maksimal mulighet for utvikling og et behagelig og rikt liv. Andre mennesker liker ikke slike samfunn og opplever det som støyende, utrivelig og fylt med aggressive, uvennlige mennesker og økt kriminalitet. Det man også har opplevd mange steder i verden er at samtidig med at store byer utviklet seg vokste det opp en urban fattigdom. Det ble større forskjell på de som lykkes og de som mislykkes, mellom rik og fattig. Louis Wirth ser på urbanismen som en sosial «livsstil»<sup>4</sup> (Giddens & Birdsall, 2003). Han mener at i byene lever et stort antall mennesker i nærheten av hverandre uten at de personlig kjenner hverandre. Det blir mere flyktige kontakter. Livet i et urbant samfunn er raskere, man involveres i mange ulike aktiviteter og situasjoner, og folk er ofte mer mobile enn på landsbygda. Konkurransen blir sterkere og båndene mellom innbyggerne svakere. Man bryr seg mindre om hverandre.

Giddens mener at Wirths teori er vesentlig i det at urbaniseringen påvirker også samfunnet rundt, og at disse typiske trekkene ved storbylivet også kan gjelde for moderne samfunn i hele tatt, ikke bare storbyene. Det er imidlertid viktig å være klar over at Wirth kun har studert amerikanske samfunn. Man har sett flere eksempler på at det finnes tette bånd mellom venner og slekt i storbyer også. Storbyen gir rom for både mangfold og nærhet. Claude Fischer har utredet teorier om hvorfor urbanisering tenderer til å skape ulikeartede subkulturer med tette bånd. Han mener det er fordi mennesker søker sammen med andre med liknende bakgrunn, og skaper seg sine lokale nettverk. Dette er typisk for storbyer (Giddens & Birdsall, 2003). En mindre by eller tettsted på landet gir ikke nødvendigvis samme mulighet til subkulturelt mangfold, ifølge Fischer.

---

4 Ut fra han beskrivelse, forstår jeg at det er snakk om det Højrup betegner som «livsform» (1989)

## 4.2.2 Flytende modernitet

*«Om å være lett og flytende!»*

*Avbrytelser, mangel på sammenheng og overraskelser hører til våre  
vanlige livsbetingelser. De er til og med blitt reelle behov  
for mange mennesker hvis sinn ikke lenger blir næret... av annet enn  
brå forandringer og stadig nye stimuli.... Vi tåler ikke lenger noe som varer.  
Vi vet ikke lenger hvordan vi skal få kjedsomheten til å bære frukt.*

*Så hele spørsmålet reduseres til dette:*

*Kan menneskesinnet mestre det menneskesinnet har skapt?»*

*Paul Valery*

(Bauman, Nygård, Kolstad & Christie, 2006:11)

Den polsk-engelske sosiologen og professoren Zygmunt Bauman (f. 1925) stiller spørsmål om «frigjøring er en velsignelse eller en forbannelse?» (Bauman et al., 2006:32). I dagens samfunn flyter alt; Vi skifter arbeid, bosted, partner. Vi shopper omkring etter identiteter, forbruksvarer, opplevelser. Alle stedene vi beveger oss i, og økonomien i samfunnet er i endring. Vi mener selv vi er «frigjorte». Bauman mener at den eneste måte å bli fri på er å «underkaste seg samfunnet» (Bauman et al., 2006:34) og følge de normer som rår i samfunnet. Ellers blir man ikke fri, ifølge Bauman, for man blir i en evig valgets kval og man vil oppleve usikkerhet om andres hensikter og bevegelsen rundt en. Mennesket er avhengig av mønstre og rutiner, av vegskilt som veileder en i valg og adferd. På den måten vet man konsekvensene og slipper risiko. Fravær av normer er det verste som kan hende et individ som strever med sine livsoppgaver (jfr Durkheims anomi). Normer skaper regulering av livet. Uten denne normstyringen vil enkeltindividet måtte fortsette i det uendelige med å gå videre og videre for å prøve å finne «løsningen», å oppnå lykken (ibid). Bauman sammenligner dagens moderne samfunn med en campingplass. Alle som kan betale er velkomne. Men alle lever sitt liv og ingen trenger ta ansvar for annet enn sitt eget. Siden man betaler, kan man stille krav, og er man ikke fornøyd, kan man reise et annet sted.

Slik er moderniseringen, ifølge Bauman; Det er en «overveldende og uutryddelig, uslukkelig tørst etter kreativ ødeleggelse» (2006:43), hvor man hele tiden vil finne nye, bedre design, ta fra hverandre, kutte ut, trappe ned, slå sammen eller redusere for å fremme produktiviteten eller konkurranseevnen. Man kjenner ingen begrensning for forbedring. «Vi beveger oss og er nødt til å fortsette å bevege oss», fordi «det er umulig noen gang å bli tilfredsstillt» (ibid).

Identiteten blir som et «uoppfylt prosjekt» (ibid), og det er henvist til hvert enkelt individs vilje, initiativ, ressurser og utholdenhet (selvhevdelse) om man lykkes. I dag skal problemer både takles og håndteres individuelt. Det blir en endeløs kamp om frihet og herredømme. «Å gi medlemmene roller som enkeltmennesker er det moderne samfunns varemerke» (Bauman et al., 2006:46), mens menneskenes aktivitet går ut på daglig omforming og omforhandling av nettverket som kalles samfunnet. Ingen holder seg lenge i ro og *individualiseringen* endrer seg hele tiden. Bauman forklarer begrepet *individualisering* slik; «å forvandle menneskets identitet fra noe som er gitt, til en oppgave og gi aktørene ansvaret for å utføre oppgaven og for konsekvensene av deres innsats» (Bauman et al., 2006:47). Man etablerer en «juridisk autonomi» (ibid). Det er ingen agenda for å slippe unna individualiseringen. Mennesket må i dag selv ta ansvar for sitt liv, sine livsplaner og livsførsel, og f.eks. sykdom blir ofte sett på som et resultat av hvordan man lever. Man lever i en risiko for selvbebreidelse og selvforakt. Dermed «blir hele kontingenstrykket som tidligere var kollektivt formidlet, overført til den enkelte» (Eriksen, 2006:39). Risikoen for den enkelte økes, og man kan ikke ta sjansen på å gi ansvaret til noen andre. Dette er i tråd med Eriksens beskrivelse av at «Å være trygg er å ha kontroll. Det dreier seg om å kunne plassere hendelser innenfor en orden eller plan som gjør dem meningsfulle, forventede, forståelige – og på en eller annen måte noe man kan styre utfallet av» (Eriksen, 2006:34). Det moderne samfunns opplevelse av risiko, som noe forutsigbart som man kan kalkulere seg fram til (ibid), gir enkeltindividet økt ansvar for å ta vare på seg selv.

### 4.2.3 Livsform

Menneskers hverdagsliv bærer preg av ulike vilkår, handlinger, tenkesett og vurderinger. Jakobsen og Karlsson stiller spørsmål til hvordan man kan «beskriva, förklara och förstå» (1993:13) disse ulikhetene. De mener at det finnes årsaker til menneskers livsførsel, og disse årsakene er så sterke at de fører til bestemte mønstre man lever etter. Deres livsformsanalyse tar utgangspunkt i dyptgående og systematiske kvalitative kulturelle forskjeller mellom grupper av mennesker i samfunnet (ibid). Deres innhold i begrepet «är en social struktur, genom vilken människor producerar arbete och kärlek i syfte att tillvinna sig dels medlen för liv och dels det mänskliga livet som sådant» (Jakobsen & Karlsson, 1993:18).

Det var Thomas Højrup som konstruerte begrepet *livsform* da han skulle gjennomføre et empirisk feltarbeid i en utvalgt dansk egn. Han ble fanget av interessen for livsformers vesen og reaksjoner mot planlagt forandring (Højrup, 1989). Utgangspunktet for begrepet er folks

levevis, dvs. måten folk lever på. Højrup viser til at en befolkning ofte lever et ganske ensartet liv; med skole, arbeid, måltider, aviser, TV-titting, type bolig, helsetjenestetilbud, type klær osv... (ibid). Han knytter begrepet opp mot *levetilstand*, dvs. de vilkår som levestilen er sammenbundet med (ibid). Hvis man da forsøker å se for seg «det samlede bilde, der tegner sig af en gruppe menneskers liv, når man kender deres daglige gøremål, ugens gang og aktiviteterne året rundt» (Højrup, 1989:30), og man samtidig vet hvordan livsforløpet former seg, hvordan daglige rutine endrer seg, arbeidslivet, fritidsinteresser, omgangskrets og samværsform, hvis man kan tegne et sammenhengende bilde av livet fra oppvekst til alderdom, så vil denne helheten kunne kalles en livsform (ibid). Livsform er noe vi har lært gjennom oppveksten. Den har altså en historie, og til og med framtiden er med (Bäck-Wiklund & Lindfors, 1990). Man har fått et bilde av hvordan verden er og hvilken adferd man bør ha i de ulike situasjoner. Dette verdensbildet bestemmer størstedelen av de daglige aktiviteter, og representerer verdier, da det sier noe om hva som regnes som «et godt liv» (Højrup, 1989:31). Heri ligger også moralbegrepet og de rettigheter og plikter man mener å ha overfor andre. Økonomi, politikk og ideologi er viktige elementer i livsform (Jakobsen & Karlsson, 1993).

Den første empiriske grovsortering av befolkningens levevis handlet om forskjeller mellom livet i byen og livet på landet. På samme måten deler man i *den rurale livsform* og *den urbane livsform*. Familien blir trukket fram som svært sentral i den rurale livsform. Familien eller husstanden var gjerne sin egen produksjonsenhet, og faglig kunnskap ble ført videre til neste generasjon. Familien er gjerne også ramme for de fleste andre aktiviteter i livsformen. Og det er et mål at familien er selvhjulpen og ikke blir en byrde for andre (ibid).

«Den urbane livsforms adskilte aktivitetsfelter kan i dag aflæses i byens opdeling av forretningskvarterer, boligkvarterer og industriområder» (Højrup, 1989:69).

Familiemedlemmene arbeider ikke sammen. Arbeidet er løsrevet fra fritiden, som skal brukes til meningsfylte aktiviteter. Man bor i tett bebyggelse og mange mennesker skal fungere tett sammen. Stadig flere områder i livet har fått vareform og må kjøpes. Familiens funksjoner blir lagt til samfunnet. Man har fått ny bevissthet om tiden, som er en knapp ressurs, som må fordeles, spres og planlegges. I byen behøver man ikke komme sammen med naboene. Man kan gjemme seg og bli borte. Byen representerer kulturelt mangfold, med mange subkulturer. Her er det masse impulser, men også mye mobilitet. «Hele dette agglomerat af forskellige submiljøer giver en strøm af holdninger, ideer, bevægelser og aktivitetsformer, der mødes, spaltes, flyder sammen og udskilles i variationer over bylivsformen» (Højrup, 1989:72).

Livsformene forsøkes å tilpasses endringer i livsvilkår, ved at ideologi og vanemønster tilpasses endringer i økonomi og samfunnsplaner. Ordet er mer et idealtypisk begrep, som er nyttig når man skal analysere innholdet i folks livspraksis, og se på hvilke strukturer som styrer denne eller blir styrt av den (Bergström & Fog, 1996).

De enkelte livsformer har ulik beskyttelsesnett, dvs. ulike «hjälpformer» (Bergström & Fog, 1996:155). Hjelpeformene er et mønster for hvordan man hjelper hverandre; hvor man kan søke hjelp og hva hjelpen innebærer. Det blir en rettesnor for valg av handlinger i forhold til hva som regnes som meningsfullt i livsformen. Noen hjelpeformer bygger på det naturlige nettverk, andre på organisasjoner som nettverk, på forsikringer eller offentlig virksomhet (ibid). Samfunnsutviklingen mot velferdsstaten har ført til en forskyvning i hjelpeformene fra det mer personlige og til det offentlige og institusjonelle (ibid). Dette har trolig også en sammenheng med endringer i nettverksformene.

## 5. Psykisk helse

Gjennom tidene er det blitt utarbeidet en mengde definisjoner på Helse. Man ser at begrepet endrer seg over tid, avhengig av endringer og holdninger i samfunnet. I Louis Pasteurs (1822-1895) tid var definisjonen; «Helse er fravær av sykdom» (Worren, 1986:50) regnet for å være dekkende. I dag er de fleste kjent med Verdens helseorganisasjons definisjon på helse som «a state of complete physical, mental and sosial wellbeeing, not merely the absence of disease» (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2005). Dette er en definisjon er svært omfattende og generell. Helge Worren viser til at når man taler om forebyggende og helsefremmende arbeid kan det være nyttig å se på nok en definisjon, nemlig Peter Hjorts helsedefinisjon: «Helse er et overskudd i forhold til hverdagens krav» (Worren, 1986:51). Helse har altså både med fravær av sykdom, med opplevelse av velvære og med opplevelse av overskudd gjøre. Dette er noe som også kjennes igjen i Verdens helseorganisasjons begreper «disease prevention» (forebyggende) og «health promotion» (helsefremmende) (WHO, 2010). Vi ser det igjen i dagens samfunn. Det er nesten ikke grenser for hva befolkningen mener hører inn under helsevesenets ansvarsområde.

I tidligere tider var den psykiske helsen et privat anliggende. Det var knyttet opp mot mye skam å slite psykisk og det var ikke noe man gjerne gikk ut i samfunnet og delte med andre. Psykiske lidelser var tabubelagt. Spørsmål rundt hvordan ivareta folks psykiske helse var et ikke-tema. Det lå ikke som en klar målsetting i folks bevissthet. Det viktige var å være



daglige samfunnsborgere og gjøre sine plikter i forhold til samfunnet. Det var lite spørsmål rundt hvordan folk hadde det, eller hva som var årsaken til at mennesker ble psykisk syke.

I dag har temaet psykisk helse fått et helt annet fokus, mye som en følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008.

## 5.1 Hva er psykisk helse / uhelse?

Når vi skal se nærmere på begrepet «psykisk helse» kan det være naturlig å først se på begrepet «psykisk sykdom» eller «psykisk lidelse». Hummelvoll viser til at gjennom tidene har psykisk lidelse fått ulike årsaksforklaringer ut fra hvilket samfunn og hvilke kultur de opptrer innenfor. I vestlige samfunn mener man at disse lidelsene utgjør hele 20 % av befolkningen (2004). Det er blitt et stort helseproblem i samfunnet.

Den amerikanske sykepleier og antropolog Pasquali (1989) har forsøkt å definere *psykisk sykdom*:

...psykososiale reaksjoner på stress som virker inn på eller hindrer en persons evne til å møte menneskelige behov og fungere innen en kultur på en effektiv og rimelig enkel måte. (sitert i Hummelvoll et al., 2004:32).

Ifølge denne definisjonen vil naturlige livsproblemer kunne regnes som psykisk lidelse dersom de virker inn på daglig fungering; kriser, livsproblemer, samlivsforstyrrelser m.m.

Ifølge Hummelvoll kan man se på begrepet *psykisk uhelse* «som befinner seg i en glidende overgang fra psykisk helse» (2004:33). For de som er sårbare vil det dermed være kort overgang fra at psykisk helse blir til psykisk uhelse. «Uhelsen preges av at man opplever å ikke mestre livet og hverdagen, dvs. at man ikke har kontroll.» (ibid). Hummelvoll benevner ulike faktorer som kan være årsak til psykisk uhelse: «vanskelig oppvekst- og levekår (omsorgssvikt, dårlige boforhold og usikker/ dårlig økonomi), sosial isolasjon og opplevelse av at det ikke er bruk for en (dvs. tap av forskjellige sivile roller)» (ibid).

Manglende tillit til andre mennesker kan også føre til psykisk uhelse. Passivitet og motløshet kan bli resultatet, og man blir ikke lenger en aktør i eget liv. Man blir mottaker.

Hvis vi går tilbake og ser på verdens helseorganisasjons helsedefinisjon, ser vi at den beskriver helse som en *tilstand*. Det kan og være nyttig å se på helse som en *prosess* -«noe man må arbeide for å beholde eller bedre» (Hummelvoll et al., 2004:37). Ut fra et slikt syn er helse «det å være i bevegelse» (ibid), og helse blir en idealtilstand som det er usikkert

om noen vil befinne seg i. «Helse er å være hel. Den representerer en stadig streben etter å bevare identitet. Helsens kjerne er graden av integrasjon.» (ibid). Ifølge Hummelvoll er ikke helsens motpol *sykdom*. Han bruker heller begrepet *uhelse* eller *helsesvikt* som en følelstand av manglende integrasjon.

Hummelvoll mener at verdens helseorganisasjons helsedefinisjon i beste fall kan ses på «som et optimalt mål» (2004:38). Han har laget en modifisert definisjon:

Helse er en tilstand og en prosess av best mulig fysisk, psykisk, åndelig og sosialt velvære – og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet. (ibid).

Å definere *psykisk helse* har vist seg å ikke være enkelt. Det viser seg at hva individer opplever som psykisk helse endrer seg ut fra situasjon og livsforhold. Hummelvoll viser til amerikaneren Marie Jahoda, som har beskrevet seks sentrale kjennetegn for psykisk helse:

- å ha en positive selvoppfatning
- å ha evne til å være aktiv og utnytte sine ressurser
- å være en integrert person
- å foreta selvstendige beslutninger og å kunne handle uten å isolere seg fra andre
- å ha realitetssans og evne til empati
- å kunne skape dype og ekte relasjoner til andre mennesker (sitert i 2004:39)

Det handler om menneskets evne til å mestre de situasjoner det kommer opp i, og kulturen individet lever i er av vesentlig betydning. Det skal være en balanse mellom «individets psykofysiske, sosiale og åndelig-kulturelle funksjonsevne». (Hummelvoll et al., 2004:39). I det daglige livet ser vi at folk har en utrolig evne til å tåle påkjenninger og til å tilpasse seg nye livssituasjoner. En slik elastisitet er av største betydning for å bevare den psykiske helsen.

Taylors teori om *kognitiv adaptasjon* viser til tre sentrale temaer for hva menneskets tilpasningsprosess sentrerer om ved opplevelse av personlig truende hendelse:

- Man søker etter mening med hendelsen
- Man forsøker å gjenvinne mestring av livssituasjonen
- Man arbeider for å ta vare på og øke selvaktelsen (ibid)

Disse prosessene vil kunne bidra til at man makter å komme igjennom vanskelige situasjoner.

## 5.2 Lokalsamfunnets betydning for å fremme helse / psykisk helse

Sosiale problemer og belastende livshendelser kan bidra til eller forsterke psykisk lidelse (Sosial- og helsedepartementet, 2000:12). Kunnskap om dette har ført til en voksende forståelse for at man må satse på forebyggende og helsefremmende arbeid, og at dette arbeidet ikke bare kan ha fokus på individ, men også på miljø og samfunn. Et tverrsektorelt arbeid er helt nødvendig (ibid). Helge Worren sier det slik; «Helsetjenesten må være budbringer om de erfaringer den gjør, slik at de i større grad kan nyttiggjøres og bringes videre til de rette instanser» (1986:52).

Helseopplysning er helt nødvendig i forebyggende og helsefremmende arbeid. Men det er mange faktorer som gjør at mennesker handler som de gjør. Og selv om de har fått både viten og forståelse, er det ikke sikkert at de handler i tråd med kunnskapen. Worren (1986) viser til at nærmiljøet kan spille en viktig rolle i hvilke valg man tar. Man må ha et mangfold av tiltak og være villig til å bruke tid, da det er snakk om en gradvis utvikling. Frivillige organisasjoner vil kunne spille en viktig rolle.

Worren sin helseundersøkelse i to kommuner, viser at allerede i 1986 beskrev innbyggerne at deres helseproblemer besto av blant annet belastningslidelser, arbeidsmarkedsproblemer og offentlig kommunikasjon. De så på helse som noe mer enn fravær av helseproblemer. Løsningen lå ikke bare på individuelt plan, men også på miljø- og samfunnsplan. Blant de helsegoder som rangerte høyt, var boforhold den variabelen som ble sett på som viktigst.

Mange helsearbeidere ser kanskje forebyggende arbeid som å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Forebygging vil imidlertid også si å fremme folks helse og «bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet» (Mæland, 2005:13). Arbeidet sikter mot tilrettelegging av omgivelser, styrking av folks motstandskraft mot forhold som kan være helsetruende, å stimulere folk til fleksibilitet i mestring og fungering og styrke livskvalitet. Vi snakker om *helsefremmende arbeid*, som blir noe mer enn *sykdomsforebyggende arbeid*. Vi kan si at det sykdomsforebyggende arbeidet blir en del av det helsefremmende arbeidet. De blir på en måte komplementære (Mæland, 2005). Jeg vil i det følgende bruke begrepet *helsefremmende arbeid* om disse to tilsammen.

Det har vært vanlig å tenke at tiltak for «helse» er helsesektorens ansvar (ibid). I helsefremmende arbeid er det imidlertid vesentlig at det etableres forpliktende samarbeid mellom ulike samfunnstjenester.

Når man skal planlegge helsefremmende arbeid i et lokalsamfunn er det nødvendig å først gjøre en kartlegging; man må lage en folkehelseprofil. Det betyr at man må skaffe seg kunnskaper om hvordan helsemessige risiko- og beskyttelsesfaktorer er fordelt i befolkningen og hvordan forhold i lokalsamfunnet støtter opp om disse (Dalgard & Brevik, 1996). Ut fra en beskrivelse av situasjonen (deskriptiv del), gjør man en analyse av situasjonen, som igjen fører til en handlingsplan (ibid).

I dette studiet, som kan sees på som en «del-helseprofil» av Ullensaker kommune, er teori rundt lokalsamfunn og psykisk helse utgangspunktet. Ut fra undersøkelsen som er foretatt, kommer det fram to sentrale områder, nemlig teori om sosial kapital og Antonovskys salutogene modell. Disse teoriene vil bli knyttet opp mot teori om livsform, urbanisering og flytende modernitet.

### 5.3 Sosial kapital

Sosial kapital-begrepet er ikke noe nytt begrep. Det har røtter langt tilbake i tid, og mange kjente samfunnsforskere har benyttet begrepet helt fra begynnelsen av 1900-tallet. Durkheim, Marx, Weber, Granovetter, Tönnies og Toqueville har alle beskrevet fenomener som kan knyttes til sosial kapital. Det er imidlertid vanlig å si at det er Lyda Judson Hanifan (1916), en skoleinspektør og skolereformator, som etablerte begrepet. Han var opptatt av hva som skulle til, foruten økonomisk kapital, for at skolene skulle få den nødvendige opprustning. Han kalte det medborgerlig engasjement, og beskrev at *den gode viljen, fellesskapet, sympatien og samarbeidet var byggesteinene i denne sosiale kapitalen* (Rønning & Starrin, 2009:19).

Rønning og Starrin har laget en oversettelse av Hanifans tanker:

Individet er hjelpeløst i en sosial sammenheng hvis det overlates til seg selv. Hvis det kommer i kontakt med sin nabo, og naboen med andre naboer, så vil det bli en akkumulering av sosial kapital, som umiddelbart kan møte de sosiale behovene, og som kan ha tilstrekkelig potensial til å bedre levetilstandene for hele (lokal)samfunnet (ibid).

I nyere tid er det tre navn som er særlig knyttet til sosial kapital begrepet; sosiologene Pierre Bordieu (1930-2002), James S. Coleman (1926-1995) og den amerikanske statsviteren Robert Putnam (1941-) (Mæland & Westin, 2009:116).

Bourdieu knytter sosial kapital hovedsaklig til enkeltindividet eller den gruppen enkeltindividet er en del av. Han viser til følgende definisjon av sosial kapital:

Summen av ressurser, faktiske eller virtuelle, som tilkommer et individ eller en gruppe som resultat av å ha et vedvarende nettverk av mer eller mindre institusjonaliserte forbindelser av gjensidig bekjentskap og anerkjennelse (Rønning & Starrin, 2009:21, sitat fra Bourdieu og Wacquant, 1992:119, oversettelse fra NFR-rapport, 2005)).

Han mener at sosial kapital sammen med andre kapitalformer (økonomisk, kulturell og symbolsk) er med på å avgjøre posisjonen til enkeltindividet i ulike «sosiale felt» (Mæland & Westin, 2009:117). Ifølge Bourdieu er det en gjensidig avhengighet mellom ulike kapitalformer, slik at tilgang på en type kapital vil føre til økt tilgang på kapital på flere områder. Dermed vil det påvirke til økte sosioøkonomiske ulikheter i befolkningen og til maktforskjeller (Mæland & Westin, 2009). Kapitaltilgangen reproducerer ulikhet ifølge Bourdieu, og kapitaltenkningen kan dermed utnyttes til å hjelpe svake grupper (Rønning & Starrin, 2009).

Coleman ser mer på sosial kapital som noe som ligger i sosiale strukturer, dvs. i relasjonen mellom aktører både på individ- og samfunnsnivå. Han har definert sosial kapital som:

et nyttig sett ressurser som er tilgjengelig for en aktør gjennom hans eller hennes sosiale relasjoner, og bestående av aspekter ved sosial struktur, og som fremmer bestemte handlinger fra aktører – personer eller korporative aktører – innen denne strukturen (Rønning & Starrin, 2009:21, sitat fra Coleman 1990: 300, oversettelse av Norges Forskningsråd (NFR) 2005).

Coleman mener at ressursene kan benyttes for å nå ulike mål, dvs. man får en «avkastning». Det betyr at man får «et tryggere og mer velfungerende samfunn» (Mæland & Westin, 2009:118). Ifølge Coleman kan sosiale relasjoner utgjøre sosial kapital ved å: «etablere forpliktelser og forventninger mellom aktører, skape tillit i sosiale omgivelser, etablere åpne kilder for informasjon, fastsette normer som understøtter bestemte former for atferd og håndheve sanksjoner mot dem som bryter normene» (Rønning & Starrin, 2009:22).

Putnam, som er den tredje store forskeren, har hatt stor påvirkning på utviklingen av sosial kapitalbegrepet på slutten av 1900-tallet. Han utviklet sin definisjon ut fra Colemans teori, men var mer opptatt av sosial kapital på makronivået, noe definisjonen også bærer preg av:

Trekk ved sosial organisasjon som tillit, normer og nettverk, som kan forbedre samfunnets effektivitet ved å lette samordnet handling (Rønning & Starrin, 2009:22, sitat fra Putnam, 1993:169; oversettelse av NFR, 2005).

Putnam trekker særlig frem *nettverk* og *tillit* som sentrale byggesteiner. Han mener at sosiale nettverk er en forutsetning for at mennesker skal kunne utvikle tillitsfulle relasjoner (Putnam, 2000). Det blir således en gjensidighet i forholdet. Dette forholdet beskriver Putnam i hans

ene kjente verk, *Making democracy work* (1993), hvor han viser til bedre næringsaktivitet i Nord-Italia enn i Sør-Italia som følge av mer velfungerende sosiale nettverk og tillit mellom aktørene. Sterke normer for gjensidighet gjør det lettere å samordne tiltak og informasjonen flyter godt (Rønning & Starrin, 2009).

I sitt andre store verk, *Bowling alone* (2000) viser Putnam til at den sosiale kapitalen i USA er betydelig redusert i løpet av de siste tiårene av 1900-tallet. Han måler dette spesielt gjennom lavere deltakelse i bl.a. frivillige organisasjoner. Mens vi før gjorde mange aktiviteter sammen, gjør vi nå det samme alene, sier han, og beskriver det slik;

For the first two-thirds of the twentieth century a powerful tide bore Americans into ever deeper engagement in the life of their communities, but a few decades ago- silently, without warning- that tide reversed and we were overtaken by a treacherous rip current. Without at first noticing, we have been pulled apart from one another and from our communities over the last third of the century. (Putnam, 2000:27).

Putnam er opptatt av årsakene til endringene, og videre i bokens tar han opp hvordan reversere utviklingen. Han tar utgangspunkt i en lang rekke potensielle årsaker til erosjonen av sosial kapital. «We need to reconnect with one another», sier han (2000:28).

Det synes ikke å finnes noen enighet om en enkelt definisjon på begrepet sosial kapital. Sund og Krokstad mener at det skyldes at sosial kapital betraktes både som en «individnivåfaktor (mikronivå)» og en «systemfaktor (meso- og makronivå)» (Mæland & Westin, 2009:117). Det vil si hvilke ressurser som er tilgjengelig for enkeltindividet i deres nettverk, og de ressursene som er forankret i relasjonene og som har betydning for «systemets kvalitet og funksjonsevne» (ibid). Til tross for denne mangfoldigheten, kan man dog finne fellestrekk. Halpern (2005) har forsøkt å finne disse fellesnevnerne og konkluderer med tre sentrale elementer som kan brukes i analyser av sosial kapital i alle former for fellesskap. Det dreier seg om «nettverk, normer og sanksjoner» (Rønning & Starrin, 2009:23). Rønning og Starrin viser til disse sentrale begrepene: «verdier, forventninger, normer, sanksjoner og tillit» (Rønning & Starrin, 2009:24). Disse sentrale elementene i et samfunn hevdes å ha flere positive effekter: «velfungerende demokrati, høy velferd, lav kriminalitet, økonomisk utvikling og en god folkehelse» (Mæland & Westin, 2009:115).

I det følgende vil jeg ta utgangspunkt i Putnams tre sentrale begreper; *tillit*, *nettverk*, *normer*, men vil også trekke fram andre sentrale begrep, der det er naturlig.

## Tillit

Det er et sentralt begrep som går igjen i sosial kapital-forståelsen, nemlig begrepet *tillit*;

«Värdet av tillit i sociala relationer blir tydligt när man drabbas av lögn och bedrägeri», sier Jack Barbalet (Lindgren, Starrin & Wettergren, 2008:57). Han støtter opp om Georg Simmel og sier at samfunnet ville falle sammen uten den generelle tillit som mennesker kjenner for hverandre, og som er en forutsetning for relasjoner mellom mennesker (ibid). Han viser til at tillit har mange dimensjoner og kan defineres på ulike måter ut fra hvilken sammenheng man knytter begrepet til. De fleste knytter tillit til en positiv forventning om et annet menneskes framtidige handlinger (ibid). Denne tilliten påvirker personens velbefinnende, til tross for at han/hun mangler kontroll over situasjonen. Man stoler på og er trygg på å være avhengig av et annet menneske. Men tillit handler også om individets selvrefererende sikkerhet i sin bedømming. Man stoler på at man har vurdert den andre riktig. Man må med andre ord også ha tillit til seg selv.(ibid)

Putnam beskriver *gjensidigheten, ærligheten og tilliten* ,som en del av den sosiale kapitalen i et samfunn, slik:

The touchstone of social capital is the principle of generalized reciprocity – I'll do this for you now, without expecting anything immediately in return and perhaps without even knowing you, confident that down the road you or someone else will return the favor (Putnam, 2000:134).

Han skiller videre imellom tynn og tykk tillit. Den *tykke tilliten* er basert på et personlig og nært forhold til en annen person, f.eks noen man har kjent i årevis. Den *tykke tilliten* er gjerne sterk, fleksibel og nøstet sammen med andre nettverk. *Tynn tillit* er basert på en mer generell norm i lokalsamfunnet, som fører til at man har tillit til personer man kanskje møter for første gang. Tynn tillit kan også ha sin bakgrunn i delt sosialt nettverk og forventinger om gjensidighet. Putnam mener at tynn tillit kan være vel så nyttig som tykk tillit fordi det utvider radiusen av tillit mellom nettverk vi knapt kjenner. Slike forbindelser kan medvirke til å styrke normer og dermed ærlighet og generalisert gjensidighet i samfunnet. Det ser ut til at tillit i lokalsamfunnet får innbyggerne til å delta mer aktivt i frivillig arbeid, politisk arbeid, er mer tolerante for minoriteter osv...De blir mer engasjert i lokalsamfunnsarbeid. «People who believe that others are honest are themselves less likely to lie, cheat, or steal and are more likely to respect the rights of others» (Putnam, 2000:137).

## Nettverk:

*Nettverk* er et annet sentralt begrep i sosial kapital. Det kan defineres på flere måter, men i dette studiet ser vi på sosiale nettverk som bestående av: «uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre» (Finset, 1986:13). Tilhørighet, aksept og tillit er grunnleggende aspekter ved det sosiale nettverket (Mæland, 2005). Begrepet knyttes opp mot individets sosiale identitet (Hummelvoll et al., 2004:593). Man skal imidlertid være klar over at sosiale nettverk ikke er statiske, og de krever en gjensidighet. Det sosiale nettverket står for en vesentlig del av den *sosiale støtten* til medmennesker. Og den sosiale støttens betydning for psykisk helse er veldokumentert (Sosialdepartementet, 1987-88). Den kan deles i ulike former: følelsesmessig, bekreftende, informerende og instrumentell støtte (Mæland og Westin, 2009:98). Nettverket kan gi opplysninger, råd, veiledning og praktisk hjelp i vanskelige situasjoner, og det kan oppmuntre individet til å delta i helsefremmende aktiviteter. Teori viser til at personer med svakt sosialt nettverk, og lav grad av sosial støtte, er mer utsatt for psykiske plager (ibid). Men muligens skyldes det en motsatt effekt, nemlig at de trekker seg unna andre eller at de blir skjøvet ut av det sosiale fellesskapet. «Likevel er det grunn til å tro at sosial forankring generelt beskytter mot psykiske lidelser» (Mæland, 2005:200).

## Normer og sanksjoner:

En *norm* er en regel, rettesnor, et mønster (Berulfsen & Gundersen, 1974:232), og *normal* beskrives som et mønster som svarer til gjennomsnittet (ibid). Vi snakker om en norm for adferd, et mønster for hvordan adferd bør være, og den bør helst ligge innenfor det normale, det som er vanlig (gjennomsnittet). Dersom man ikke holder normene inntreffer *sanksjoner*, dvs. forordninger som prøver å tvinge en til å oppfylle ovennevnte forpliktelse (Berulfsen & Gundersen, 1974:294).

### 5.3.1 Sosial kapital – ulike former og dimensjoner

Teorien benevner ulike former for sosial kapital, og skiller mellom individuell og kollektiv kapital (Rønning & Starrin, 2009). Den individuelle kapitalen kalles også for *relasjonell kapital* (ibid:25) og den handler om forholdet som individet har til andre. Gjennom sitt eget nettverk, kan en person ha tilgang til informasjon fra også andre nettverk. Dette kalles for *posisjonell kapital* (ibid) og kan være ervervet gjennom familie, jobb, interesser m.m. Det er



imidlertid ikke alle nettverk som har kontakt med hverandre. Dette benevnes som *strukturelle hull*. Det kan være nyttig å tette disse hullene for å opparbeide seg posisjonell kapital.

Man kan også skille mellom to andre former for relasjonell kapital; *Tillitskapital* er noe et individ får som følge av at andre har tillit til en eller stoler på en (ibid). *Forpliktelseskapital* handler om at man skylder eller kan forvente tilbake en gjenytelse. Det ligger mye normstyring i forpliktelseskapitalen.

Sosial kapital kan utvikles innen et nettverk og ha til hensikt å ivareta medlemmenes interesse. Den er da *innadvendt* (ibid s.27). Det at man er med i dette nettverket kan gjøre at man utelukkes fra andre nettverk. Grupper som opplever å bli diskriminert kan da utvikle en *opposisjonell kapital* (ibid s.26). Nettverk kan dermed være ekskluderende, og kapitalen gir ikke tilgang alle steder (ibid). Ved *utadvendt* sosial kapital er målet å hjelpe andre (ibid s.27).

Man kan opparbeide seg sosial kapital på ulike arenaer. Kapital som man får ved å delta i organisasjoner, idrettsliv etc kalles for *formell kapital*. Mens dersom man skaffer seg nettverk gjennom uformelle forbindelser, som familie, venner, nabolag, regnes det som *uformell kapital*. (ibid s.26).

På samme måten kan man skille mellom *tynn og tykk sosial kapital* ut fra hvor tett nettverket er og om man samhandler på flere ulike måter eller bare i en sammenheng. Disse forbindelsene kan også dekkes av begrepene *sterke og svake bånd* (ibid). Putnam viser til at det er vesentlig at det også finnes svake bånd. De blir som en streng som sørger for forbindelse mellom ulike nettverk, og som dermed «holder samfunnet sammen» (Rønning & Starrin, 2009:27).

Tett knyttet til ovennevnte deling av sosial kapital ligger også skillet mellom *bonding* og *bridging*: «Of all the dimensions along which forms of social capital vary, perhaps the most important is the distinction between bridging (or inclusive) and bonding (or exclusive)» (Putnam, 2000:22). Sund og Krokstad har oversatt til sammenbindende og overbyggende sosial kapital (Mæland & Westin, 2009:120). Sammenbindende sosial kapital finnes i en gruppe individer som har mye felles og er tett knyttet sammen, som med et «bånd» (ibid). Familie, nære venner er typiske slike tette nettverk med sammenbindende sosial kapital. Overbyggende sosial kapital handler mer om få nettverk med mennesker som er ulike en selv. Man bygger «broer» (ibid), noe som kan være nyttig for å forstå hverandre og hindre konflikter (jmf. svake bånd), f.eks mellom ulike grupperinger i samfunnet. Ut fra denne teorien er det bonding som gir folk den viktigste sosiale støtten. Den er ekspressivt styrt. Mens bridging kan være døråpner til ellers tette nettverk. Det kan skape tillit. Putnam sier det slik:

Bonding social capital is good for undergirding specific reciprocity and mobilizing solidarity.... Bridging networks, by contrast, are better for linkage to external assets and for information diffusion (Putnam, 2000:22).... In short, bonding and bridging are not «either-or» categories into which social networks can be neatly divided, but «more or less» dimensions along which we can compare different forms of social capital. (Putnam, 2000:23) .

### 5.3.2 Sosial kapital og psykisk helse

I folkehelsevitenskapen er det vanlig å se på sosialt samhold, sosial støtte, sosial integrering, tillit og sosiale nettverk som sentrale elementer i den sosiale kapitalen. Mange studier dokumenterer også at sosial støtte, opplevelse av tilhørighet og samhold er betydningsfullt for helsen (Rønning & Starrin, 2009). Den mest kjente studien om sosial kapital ble foretatt i Roseto i Pennsylvania fra 1962 og mot slutten av 1900-tallet, og erfaringene ble publisert i boken *The Power of clan* i 1993 (ibid). Befolkningen i Roseto var etterkommere av en gruppe italienere som innvandret fra sør-Italia på 1880-tallet. Det ble kjent at de hadde svært godt forhold til nabokommunene. Det var nesten ingen som hadde dødd av hjerteinfarkt og det fantes ikke sosial eksklusjon eller kriminalitet. Forskerne fant ut at deres «livsstil»<sup>5</sup>, som hadde gått i arv i flere generasjoner, og som bar preg av et sterkt samhold, høy arbeidsmoral og en atmosfære av likeverdighet, virket forebyggende mot sykdomsfremkallende stress. Det var vanlig med flere generasjoner i en husholdning, og alle hadde sin viktige plass. (ibid).

I forskningen fra 1965-85 viste det seg at innbyggerne i Roseto begynte å bli påvirket av den amerikanske levemåten, med økt velstand, økt fokus på individualisering og økt sosial fleksibilitet. Samholdet i befolkningen ble redusert. Endringene viste seg igjen i økt dødelighet av hjerte- og karsykdommer, økt forekomst av psykisk uhelse og økt kriminalitet (ibid). En husmor, som hadde flyttet til en flott villa i utkanten av byen uttrykte det slik: «I'm sorry we moved. Everything is very modern here, very nice. I have everything I need, except people» (Wolf & Brun, 1993:122). Hun beskrev hvordan hun savnet naboer og venner som alltid var der for å hjelpe til og som gjorde at hun ikke følte seg ensom.

«The Roseto Story» (Wolf & Brun, 1993) har åpnet bevisstheten for at samhold, solidaritet og det å tilhøre et fellesskap ser ut til å fremme helse og motvirke både psykisk og fysisk uhelse. Dette startet en rekke forskningsprosjekter på området *sosial kapital*;

---

5 Det benevnes som «livsstil», men ut fra Højrup's teori forstår jeg det som «livsform»

Flere studier, blant annet Alameda-studien i 1979 (Starrin, 2009:35), studier i Sverige av Wang m.fl. og av Hansson m.fl. viser til økt dødelighet ved svake sosiale bånd og mangel på emosjonell og sosial støtte (ibid). Studier fra Chicago-området har undersøkt sosial kapital ut fra indikatorer som «gjensidighet, tillit og medlemskap i frivillige organisasjoner», og finner også lavere dødelighet blant de med høyere sosial kapital.

I forhold til den psykiske helsen hevder Putnam (2000), etter å ha gjennomgått diverse studier, at sterkt samhold virker beskyttende mot depresjon. To engelske forskere, Brown og Harris, fant i et studie i 1978 ut at kvinner som ble utsatt for livskrise, i større grad enn andre ble deprimerte. De fant videre ut at nære relasjoner reduserte depresjonen (Rønning & Starrin, 2009). I senere tid er det blitt mer og mer akseptert blant forskere at

nære og trygge relasjoner fungerer som en buffer for at ikke motgang skal føre til alvorlige psykiske lidelser, samt at nære og trygge relasjoner utgjør en viktig ressurs for å håndtere og bearbeide motgang. Mennesker som ikke har tilgang til sosial støtte, har lettere for å bli deprimert under stress eller for å bli deprimert over lengre tid enn dem som har en slik støtte. (Starrin, 2009:36).

Starrin viser til at emosjonell støtte gir tydeligst effekt på forebygging av milde former for psykisk lidelse. For de mer alvorlige lidelsene, ser det ut til å være mer komplekse årsakssammenhenger (ibid).

Temaet sosial kapital har vakt stor interesse i de senere år. Det er da interessant å lese hva som fikk sosiologen Emile Durkheim, allerede for over 100 år siden, til å bli opptatt av temaet.

## **5.4 Anomi – normløshet / uoversiktlig**

Den franske forskeren Emile Durkheim (1858-1917) var opptatt av å studere sosiale fakta ved samfunnslivet, og da særlig i forhold til de samfunnsendringene som man på den tiden opplevde omskape samfunnet. Han var interessert i den sosiale og moralske solidariteten, dvs de krefter som holdt samfunnet sammen og forhindret kaos. Durkheim mente at for å holde et samfunn sammen var det nødvendig at individer på en god måte ble integrert i sosiale grupper, som igjen ble styrt av et oppsett med verdier og skikker. Han skiller mellom to typer solidaritet i et samfunn; Den mekaniske, som tilhører de gamle tradisjonelle kulturer. Her var det lite forskjell på folks arbeid. De fleste gjorde det samme og sto solidariske sammen. Det var en solidaritet basert på enighet og likhet. Den organiske solidariteten var et resultat av urbanisering og spesialisering. Det som holder solidariteten sammen her er, ifølge Durkheim,

at man er økonomisk avhengig av hverandre. Relasjoner mellom individer baseres mer og mer på økonomiske betingelser. Durkheim mente at disse forandringene i samfunnet gikk for fort, og kunne føre til en tilstand han benevnte som «anomi». Anomi beskrives som en tilstand der mål og hensikt for de sosiale vilkårene brister. Det blir en situasjon der tradisjonelle normer og tradisjonell kontroll blir oppløst, og individene i samfunnet får opplevelse av at deres liv mangler mening (Durkheim & Østerberg, 2001). Et av de mest berømte studiene til Durkheim handler om «Selvmordet». Studiet viser at selv en så personlig handling som selvmord påvirkes av den sosiale verden. Han fant ut at det var visse kategorier av mennesker som hadde en større tendens enn andre til å begå selvmord. Han knyttet dette til tanken om solidaritet, og til to slags bånd som finnes mellom samfunnsmedlemmene; sosial integrasjon og sosial regulering. Durkheim mente at individer som var sterkt integrerte i sine sosiale grupper, og hvor det var sosiale normer som styrte og regulerte hverdagen, hadde mindre risiko for å begå selvmord.

Durkheim skiller mellom fire typer selvmord; Det egoistiske selvmord, det anomiske selvmord, det altruistiske selvmord og det fatalistiske selvmord (Durkheim & Østerberg, 2001).

*Det anomiske selvmordet* knytter Durkheim til bristene sosial regulering som er typisk i et samfunn der normene forsvinner. Det er dette han knytter til et samfunn i stor og rask endring, og som preges av ustabilitet. Videre sier Durkheim:

Når industrielle og økonomiske kriser altså fører til en økning av selvmordshyppigheten, skyldes det ikke at levevilkårene blir dårligere. Kriser som fører til øket velstand, har nemlig den samme virkningen. Årsaken er selve det at det inntreffer kriser, dvs. at den kollektive balansen blir forstyrret. Enhver endring i balansen blir en impuls til selvmord, selv om denne endringen er av positiv karakter (2001:118).

Han forklarer dette med at når livsvilkårene endres, må også normene som styrer individets behov og ønsker tilpasses endringene. Det tar tid å etablere en ny skala, og sosiale krefter bringes ut av balanse, og den sosiale reguleringen trer ut av kraft. Det finnes ikke lenger regler for hva som er mulig, umulig, rett, urett, normalt, unormalt osv. Grensene forsvinner og individets behov, krav og ønsker blir mindre disiplinert, nettopp i en sånn periode hvor individet kunne «ha behov for en sterkere disiplin» (Durkheim & Østerberg, 2001:125), dvs. trygge grenser og rammer. Økte krav til seg selv eller andre blir etter hvert umulige å oppfylle, og for noen svekkes livslysten under slike forhold. Durkheim bekrefter sin teori ved å vise til at fattige land har en lav selvmordshyppighet. Når man har lite, er man mindre fristet til å øke sine behov og ønsker i det uendelige. Man venner seg til måtehold (ibid).

## 5.5 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Aaron Antonovsky ble født i Brooklyn i 1923. Han emigrerte i 1960 til Israel. I 1970 var han med i en undersøkelse om kvinner fra ulike etniske grupper. Hans interesse ble fanget av hva det kunne være som gjorde at hele 29% av en kvinnegruppe, som hadde overlevd ufattelige redsler i konsentrasjonsleire, likevel hadde god helse. Han offentliggjorde i 1979 sine tanker i boken *Health, Stress and Coping*, og kalte den for *Den salutogenetiske modell* (Antonovsky & Lev, 2000:11).

Den salutogenetiske modellen tar ikke utgangspunkt i hva som gjør folk syke. Tvert imot orienterer modellen seg mot hva som gjør at mennesker holder seg friske; «Hvorfor befinner mennesker seg i den positive enden av kontinuet godt helbred – dårlig helbred?» (Antonovsky & Lev, 2000:12). Antonovsky viser til at det er mange, som til tross for en høy stressbelastning overlever og klarer seg fint. Dette er mysteriet han er opptatt av i den salutogenetiske modellen.

Som svar på det salutogenetiske spørsmål utviklet Antonovsky begrepet *Sense of coherence* (*Opplevelse av sammenheng*). Han mente at noen motstandsressurser som individet innehar klarte å sette de utallige stressfaktorene inn i en meningsfylt sammenheng. Opplevelse av sammenheng, vil i dette studiet bli forkortet som OAS.

Den salutogene orientering avviser tanken om mennesker som syke eller friske, men ønsker å se hvor individet befinner seg i et «multidimensionelt kontinuum» (Antonovsky & Lev, 2000:30), som beveger seg fra god helse til dårlig helse. Den fokuserer ikke ensidig på en bestemt sykdom, men på individets historie, inklusiv sykdom, og spør etter hva som bidrar til mestring av situasjonen. Synet på den aktuelle stressfaktor endres fra å være noe som må bekjempes, til å være noe man kan tilpasse seg.

Ved å gjentatte ganger å gjennomlese og analysere intervjuene med kvinnene, kom Antonovsky fram til en operasjonalisering av begrepet OAS. Han fant tre hovedkomponenter i begrepet (Antonovsky & Lev, 2000:34-37):

1. *Begripelighet*- handler om i hvilken utstrekning man oppfatter de stimuli man konfronteres med, enten i det indre eller ytre miljø, som kognitivt forståelige, som ordnet, sammenhengende, strukturert og som tydelig informasjon og ikke som støy – kaotisk, uordnet, tilfeldig og uforklarlig. I begripeligheten ligger det en forventning om forutsigbarhet, og mulighet for å plassere stimuli inn i en sammenheng.

2. *Håndterbarhet*- vil si i hvilken utstrekning individet har tilstrekkelige ressurser til rådighet

for å klare de krav man blir stilt overfor i møte med et bombardement av stimuli. Det kan være ressurser man selv råder over, eller som andre, som man har tillit til, kontrollerer.

3. *Meningsfullhet*- ligger i den kognitive opplevelsen av sammenheng. Det handler om å være involvert, å være deltaker i prosessen som former ens skjebne så vel som ens daglige erfaringer. I meningsfullhet ligger en vesentlig motivasjonskomponent. Det handler altså om å føle at livet er forståelig rent følelsesmessig, og at det er verdt å investere energi og engasjement i de problemer og krav som tilværelsen fører med seg. Man tar villig utfordringen på seg, og er besluttet på å finne en mening med den og gjøre sitt beste for å klare seg gjennom den med verdighet.

Ut fra ovennevnte forklaringer av OAS komponenter definerte Antonovsky begrepet:

Opplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; (3) disse krav er udfordringer, der er værd at engagere sig i. (2000:37).

Antonovsky sammenligner selv komponentene i OAS med fem andre teoretikers sammenlignbare modeller. Han konkluderte med: Vi er «...fælles om den centrale antagelse, at den måde, man ser på sin verden på – eller rettere,...sin virkelighetsoppfattelse - er en afgørende faktor i mestring og helbredsutfald.» (2000:66).

Antonovsky (2000) viser til at OAS kan knyttes til andre aspekter av velbefinnende enn helse, f.eks. lykke, livsmot, tilfredshet og mestring. Han viser til undersøkelser som tyder på at det er sammenheng mellom selvvardert helse og subjektivt velbefinnende, som han definerer som «tilfredshet med tilværelsen, livsmot og lykke» (ibid s.94). Han mener dermed at det er overveiende sannsynlig at OAS, som rent faktisk er forbundet med helse, også virker på en rekke aspekter ved velbefinnende. Han mener at en sterk OAS gir følelse av å håndtere ulike situasjoner godt (2000).

Antonovsky beskriver OAS som «en stabil, vedvarende og generell indstilling til verden, der kendetegner en person hele vejen gennem voksenlivet, såfremt der ikke sker drastiske, vedvarende ændringer i vedkommendes livssituasjon.» (2000:196-197). Han beskriver det som en «grundindstilling» (ibid) som preger alle livsområder som er meningsfulle for individet. Det handler om hvordan mennesket oppfatter seg selv og sin sosiale verden. Denne grunninnstillingen blir formet av erfaringer, kultur, den sosiale struktur og historiske periode

man lever i. Det er dermed ikke kun snakk om personlighetstrekk (2000). Når man ser på OAS som noe som utvikles gjennom forholdet mellom kultur og personlighet, ser man tydelig betydningen av muligheter, begrensninger og påvirkninger «der overføres gjennom familien og andre sosialisierende instanser» (2000:198). Denne grunninnstilling bestemmer ens OAS i de ulike situasjoner.

## **5.6 Om identitet, trygghet, stigmatisering/marginalisering og empowerment**

### **Identitet:**

Sosialt samhold, sosial støtte og sosial integrering er sterkt knyttet til begrepet *identitet*. Identitet handler om forståelse av hvem «jeg selv» er. Ordet betyr egentlig «likhet eller samsvar» (Erke & Høgmo, 1986,12). Det handler om å være lik andre, dvs. å identifisere seg med andre, men også være ulik andre. Dette er i tråd med Hummelvoll som sier at «Identiteten skaper bevissthet om seg selv som individ, med en spesiell plass i verden» (2004:108). Å utvikle eller få en identitet innebærer at det er samsvar mellom det bilde vi danner oss av oss selv og det omgivelsene tilskriver oss. Hovland (1999) mener at dette er problematisk i det moderne samfunn; I det tradisjonelle samfunnet var ens identitet gitt, gjerne fra fødselen av. Slik er det ikke i det moderne samfunn, hvor alt endrer seg så raskt. Livet er ikke lenger preget av forutsigbarhet og kontinuitet, men av bevegelse, forstyrrelse og risiko. Den personlige identiteten er i en utsatt posisjon, da den hele tiden må oppnås på nytt og på nytt, gjennom en kontinuerlig prosess. Man må stadig «forhandle»(Hovland, 1999:37) seg til ny identitet, og veie seg selv ut fra hva man finner verdifullt. Man kan dermed ha et stort utvalg av identiteter, og de er mer eller mindre viktige i ulike situasjoner. Det kan i mange sammenhenger oppleves som en styrke og en trygghet å ha identiteten knyttet til en gruppe (ibid), eller som i dette studiet, til et lokalsamfunn. Man snakker da om en «kulturell identitet» (Høgmo, 1998:24). Tord Larsen skriver om den norske identiteten og moderniseringen av samfunnet, slik: «Folk dro fra landsbygda til byen og søkte gradvis etter en ny identitet, men istedenfor å finne et mønster, en identitet som gav sikkerhet og selvtillit, fant de et samfunn der alle andre lette etter et forbilde hos hverandre» (Larsen, 1997:37). Han beskriver den urbane kulturen som «kjennetegnes av en indre rastløshet som gir en svak kulturell identitet til den enkelte» (ibid). Vi tilbys del-identiteter, som vi selv må sammenbinde. Vårt verdensbilde blir sprenget i småbiter. For å håndtere dette er det mange som tar med seg biter av det rurale inn i det urbane samfunnet, og på den måten finner tilbake til en hel identitet.

### **Trygghet:**

Ønsket om trygghet er et «kjerneanliggende for mennesker overalt», sier Hylland Eriksen (2006:11). Han knytter ordet *trygghet* bl.a. opp mot tillit til omgivelsene og sosial tilhørighet (ibid). Han sier videre at i «en tid med raske forandringer er det en oppsiktsvekkende energi og oppfinnsomhet som legges for dagen i forsøk på å skape forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet» (ibid). Det handler om å skape seg en trygg identitet i forhold til omgivelsene, og ulike individer velger ulike strategier. Eriksen sier at vår personlige identitet formes gjennom sosiale erfaringer, som igjen knytter oss til ulike fellesskap. De kan tøyes til en viss grad, men visse fakta om oss selv er uforanderlige (2006). Han tar fram Henrik Ibsens Peer Gynt og Brand som to motpoler og representanter for to ytterligheter (2006:19). Peer Gynt forsøkte å flykte fra seg selv og sin identitet, for å være fri på alle livets arenaer. Han ofret tryggheten. Brand valgte å leve et kompromissløst liv i forsakelse og følge alt det han hadde lært var riktig. Han søkte tryggheten. Begge var utro mot sin identitet. Eriksen kaller det for «den trygge» og «den utrygge» «sosialitet» (2006:21). Han mener at mulighetene er mer varierte for et individ som håndterer et liv med mer usikker «sosialitet», «men risikoen er også høyere» (2006:22). Samfunn som bærer preg av raske endringer karakteriseres av usikker sosialitet, sier han. I dag står det bra til med den materielle tryggheten hos folk flest, men det viser seg at «den eksistensielle utryggheten» ofte vokser «omvendt proporsjonalt med den materielle» (Eriksen, 2006:27). Og som Bauman sier; menneskene forsøker å kalkulere seg til hvordan sikre seg. Man skaper et Gesellshaft-samfunn, der man er avhengig av tynn sosial kapital (bridging) (Bauman et al., 2006).

### **Stigmatisering / marginalisering:**

*Stigma* kommer av det greske ordet «stigmata», som betyr merke eller brennmerke (Berulfsen & Gundersen, 1974:314). Begrepet brukes i nedverdiggende betydning. Det dreier seg om «et individ, som i almideligt socialt samkvem ville være blevet accepteret uden vanskelighed, med som besidder en egenskab, der ikke kan undgå at tiltrække opmærksomhed, og som får de af oss, der møder ham, til at vende sig bort fra ham og til at se bort fra hans øvrige egenskaber – egenskaber, som ellers kunne berettigge ham til et fællesskab med oss. Han besidder et stigma...» (Goffmann, 1975:17).

I det moderne samfunn må man som nevnt, oppnå identiteten. Men det nytter ikke at en selv opplever å tilhører en gruppe, dersom de andre ikke mener at du kvalifiserer til medlemskap. Identiteten er både ytre og indrestyrt, eller den blir «definert innenfra og utenfra» (Eriksen, 1997:44). I forholdet minoritet – majoritet er det situasjonen som avgjør hvilken identitet som



skal tre i forgrunnen (Hovland, 1998:23). Det kommer an på hva en selv eller motparten mener er relevant i situasjonen. Ofte er det majoriteten som besitter definisjonsmakten, dvs makt til å definere hvem og hvordan den andre er (Said, 1994). Heri ligger stigmatiseringens kjerne, som igjen kan føre til diskriminering og et ikke inkluderende perspektiv. De utsatte blir sett på som ikke fullverdige medlemmer i majoritetsamfunnet. De blir en minoritet.

Begrepet *marginalisering* kommer fra «marginal»; noe som står i randen, i margin, noe som betegner en yttergrense (Berulfsen & Gundersen, 1974:209). Man er ikke som majoriteten og blir ikke inkludert, eller man selv holder seg utenfor. Robert Park brukte begrepet «*det marginale mennesket*» (Solheim, 2009:58) som en karakteristikk over en person i en permanent identitetskonflikt mellom to kulturer. Denne personen er ikke inkludert i majoritetens fellesskap, men «er heller ikke en del av en subkultur, eller et alternativt fellesskap» (ibid). Man kan være marginal på ett område og ikke på andre, og marginalitet behøver ikke være en permanent tilstand (ibid). I praksis vil imidlertid homogenisering innenfor fellesskap kunne føre til ekskludering og maktutøvelse (Drevdahl, 2002). Dette blir som en følge av at man forsøker å fremme en enhet, å lage en grense, å definere et sted som er trygt for «oss», og som dermed skiller oss fra «dem». For å kunne gjenkjenne grenseboerne blir derfor deres annerledeshet poengtert og forsterket. Enkelte grupper blir definert som i behov av profesjonelle tjenester (ibid).

### **Empowerment (Myndiggjøring):**

Begrepet *empowerment* er blitt populært i mange sammenhenger i samfunnslivet. Man har ikke noe godt norsk begrep, men *myndiggjøring* blir brukt. Empowerment inneholder ordet «power», som betyr makt, styrke og kraft, og nok appellerer til menneskers ønske om å være kraftfulle, ha innflytelse, makt og kontroll over egne liv. Det er ikke uvanlig å knytte empowerment opp til fenomener og egenskaper som «selvtillit, sosial støtte, stolthet, delaktighet, egenkontroll, kompetanse, borgerrettigheter, selvstyre, samarbeid og deltakelse» (Askheim, 2007:13). Empowerment regnes for å være noe godt (Askheim, 2007).

Innenfor det helsefremmende arbeidet i lokalsamfunnet er det en naturlig strategi å finne innsatser som øker innbyggernes «innflytelse og kontroll over forhold som påvirker deres helse» (Mæland, 2005:129). Det handler om å mobilisere og koble de formelle og uformelle ressursene som finnes i lokalsamfunnet. Det bør være en sentral målsetning «at det helsefremmende arbeidet skjer med aktiv medvirkning fra dem det gjelder» (2005:133). Det handler om å overføre makt fra fagfolk til brukerne av tjenestene.

## 6. Metode

Når en skal utarbeide vitenskapelig kunnskap, er det av største betydning at data, funn og konklusjoner blir sett på ut fra en større sammenheng. Jeg må ta et aktivt standpunkt til min forankring i forhold til ontologi; hva som finnes i verden, og syn på kunnskap; hva som er sann kunnskap (Thornquist, 2003). Jeg må videre være bevisst på at metode som blir benyttet i studiet er adekvat i forhold til problemstillingen. Først da kan jeg klare å utvinne kunnskap som blir «en frukt av systematisk, kritisk refleksjon» (Malterud, 2003:21), og ikke bare tilfeldige inntrykk og selvbekreftende påstander.

### 6.1 Ontologisk – epistemologisk forankring

#### **Fenomenologi:**

Fenomenologiens utgangspunkt er at mennesker lever i en verden «som har mening og betydning for oss» (Thornquist, 2003:92). Psykisk uhelse i lokalsamfunnet Ullensaker er fenomenet jeg ønsker å vite noe mere om. Jeg vil vite noe om hvordan de store endringene påvirker innbyggernes psykiske helse/uhelse. Da må jeg inn i Husserls tankegang; Jeg må finne ut noe om hvordan fenomenet er gitt for informantenes bevissthet. Hvordan viser endringene og veksten seg for dem i deres livsverden? Subjektivitet blir da en forutsetning for kunnskap. En må søke å forstå hvordan fenomenet framtrer for subjektet, for som Thornquist sier: «Når vi studerer verden, må vi legge veien om bevisstheten» (Thornquist, 2003:84). Merleau-Ponty vektlegger kroppen som sentrum for erfaring. Det innebærer også et historisk perspektiv, da «ethvert menneske bærer med seg sin fortid». «Dine tidligere erfaringer er med og bestemmer både hva du erfarer, opplever, oppfatter og forstår her-og-nå» (Thornquist, 2003:131). Dette er et interessant perspektiv i forhold til å sammenligne de nye innbyggerne i Ullensaker med de som har historie i kommunen. Merleau-Pontys tankegang gir også hold for at det er betydningsfullt at dette studiet har informanter med ulik bakgrunn, for å sikre mest mulig nyansert kunnskap.

#### **Hermeneutikk**

Hermeneutikk handler om forståelse og fortolkning. Det ontologiske utgangspunktet er at mennesket er i verden som «forstående og fortolkende vesener» (Thornquist, 2003:15). Heidegger og Gadamer vektlegger begge at menneskelig erkjennelse tar form gjennom menneskelig samhandling. Vår historie og språklighet blir da både betingelse og begrensning.

De innebærer både vår «forståelseshorisont», dvs. «våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger», og vår «fordom»; «den forforståelse eller bakgrunnskunnskap vi møter fenomenet med» (Thornquist, 2003:142). Som forsker og observatør er det nødvendig med bevissthet til både forståelseshorisont og fordom. Jeg må forsøke å tolke og forstå informantenes opplevelse av psykisk uhelse i en kommune i rask og gjennomgripende vekst og endring. Ved å ta i bruk den hermeneutiske spiralens tankegang og prosess, er målet å oppnå utvidet og dypere innsikt. *Den hermeneutiske sirkelen* er en betegnelse på en viktig fortolkningsprinsipp. Den viser til at når man fortolker, kommer man aldri tilbake til samme sted. «Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten. Den nye helhetsforståelsen setter delen, eller delene, i nytt lys, og kan gi en ny forståelse av enkeltdelene, som igjen påvirker helhetsforståelsen, osv.» (ibid). Det blir en sirkelbevegelse. Gjennom et bevisst forhold til egen forståelseshorisont og fordom, dvs. min egen forforståelse, forsøker jeg som forsker å forstå det den andre forstår og dermed få dypere forståelse. Som forsker kommer man da aldri tilbake der man var. Det blir en uendelig prosess som gir utvidet og dypere innsikt.

## 6.2 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder som forskningsstrategi er egnet for å beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper og kvaliteter på fenomener. Metoden baseres gjerne på samtaler og gir tilgang til mangfold og nyanser. Kvalitativ tilnærming er hensiktsmessig når man ønsker å få fram menneskers opplevelser, erfaringer, verdier osv. Også studier av dynamiske prosesser egner seg for kvalitative framgangsmåter.

Ullensaker kommune må sies å være et lokalsamfunn med bevegelse og vekst. For å få vite noe om den psykiske uhelsen i dette samfunnet er det behov for en deskriptiv – beskrivende – tilnærming. Det er ønskelig å finne beskrivelser av hvordan dette lokalsamfunnet virker på innbyggernes psykiske helse, og hvordan man evt. kan skape beskyttelsesfaktorer.

For å få svar på forskningsspørsmålene, vil det være nødvendig å åpne for et mangfold av svar. Det er ikke en hypotese som skal utprøves. Vi vil vite noe om informantenes opplevelse av situasjonen. De må få mulighet til å utdype sine tanker og erfaringer rundt problematikken. Ønsket er å få vite noe om sammenhenger og sannsynligheter.

Overordnet design i dette studiet er kvalitativ hermeneutisk metode med et fenomenologisk tilsnitt. Det fenomenologiske tilsnittet kommer mest fram i subkategorienes beskrivelser.

Jeg har benyttet semistrukturert intervju som metode for datainnsamling. For å kunne øke mangfoldet i informasjonstilgangen er studiet basert på en intervjuguide med få og åpne spørsmål.. Det er tilstrebet en intervjusituasjon med størst mulig grad av nærhet og åpenhet. Tilnærmingen er induktiv, med utgangspunkt i empiri. Fokus har vært på informantenes subjektive opplevelse ut fra et erfaringsmessig, faglig og historisk perspektiv.

Som en oppskrift for intervjuundersøkelsen er Kvaales 7 stadier (2009:118) benyttet; 1)tematisering, 2)planlegging, 3)intervjuing, 4)transkribering, 5)analysering, 6)verifisering og 7)rapportering. Dette for å klare å holde retningen under forskningen, slik at hensikten blir oppnådd.

### **6.3 Utvalg og første kontakt**

Jeg har intervjuet fagpersoner. En annen mulighet kunne vært et utvalg bestående av innbyggere generelt eller personer som søker hjelp. Men siden mine forskningsspørsmål hovedsaklig er av faglig karakter og jeg ønsket så mye erfaringer som mulig med få intervjuer, valgte jeg å intervju ekspertter. Jeg har dermed fått et ekspertbilde. Dersom jeg hadde valgt å intervju allmennheten eller brukere, ville jeg trolig kunne delvis fått et annet bilde.

Jeg har intervjuet et strategisk utvalg av fagpersoner i ulike posisjoner, både fagutøvende og administrative, fra ulike nivåer innenfor tjenestetilbudet og fra ulike generasjoner. På den måten har jeg forsøkt å sikre tilgang på data ut fra ulike perspektiver. Siden alle informantene er tilknyttet en tjeneste i lokalsamfunnet Ullensaker, og av fare for gjenkjennelse, vil det ikke bli nærmere beskrevet hvilken faggruppe eller instans de tilhører. Hovedtyngden av informantene tilhører en godt voksen generasjon (50+), men to av informantene er yngre. En av informantene er en pensjonert fagperson.

Jeg kontaktet ledelsen i kommunen, de statlige foretak og legesenter pr telefon. De fikk muntlig informasjon om mitt studie og om undersøkelsen. Informasjonen ble møtt med interesse og de var positive til deltakelse. To steder klarte jeg ikke å komme i kontakt med leder pr telefon og sendte derfor skriftlig informasjon pr. mail. Lederne hjalp meg å velge ut aktuelle informanter, da jeg forutsatte at de best visste hvem som hadde kunnskap og erfaring innenfor prosjektets problemstilling. Siden jeg arbeider i nevnte kommune selv, møtte jeg noen av de aktuelle informantene, og benyttet da muligheten til å informere muntlig om undersøkelsen. De andre aktuelle informantene tok jeg kontakt med pr telefon. Jeg sendte dem skriftlig informasjonsskriv om forskningsprosjektet (vedlegg 2), samt samtykkeskjema

(vedlegg 3). Da det kom ønske fra flere informanter om å få se intervjuguiden på forhånd, ble denne også sendt ut til samtlige informanter før intervjuet (vedlegg 4). Av 11 aktuelle informanter ønsket 10 å delta i studiet.

## **6.4 Datainnhenting**

Kvale benevner intervjuet som «et håndverk, en kunnskapsproduserende aktivitet og en sosial praksis» (Kvale et al., 2009). Han beskriver det som «en samtalebasert erkjennelsesprosess som er intersubjektiv og sosial. Erkjennelsesprosessen involverer intervjueren og den intervjuede som i fellesskap skaper kunnskap.» (2009:37).

Det kvalitative forskningsintervju muliggjør et mangfold i informasjonstilgangen og gir en god mulighet til å få fram sosiale sammenhenger. Målet i datainnhenting var å legge forholdene til rette slik at informantene skulle kunne komme med sin subjektive opplevelse, basert på faglig kunnskap og erfaring, samt at jeg som intervjuer ville forsøke å forstå meningsammenhengen den enkelte ønsket å formidle.

Under hele arbeidet med studiet har jeg hatt en bevissthet på min forforståelse; At det å bo i et slikt samfunn i rask endring og vekst utgjør en risiko for innbyggernes psykiske helse, blant annet som følge av at; de «gamle» mister identitet, oversikt og kontroll, og de nyinnflyttede mangler nettverk og tilknytning til lokalsamfunnet. Som psykiatrisk sykepleier var jeg opptatt av de sårbare situasjon. Men min forforståelse var også at utviklingen har bidratt til mange nye tilbud, arbeidsplasser og møteplasser som de ressurssterke innbyggerne vil kunne nytte seg.

Jeg hadde en sterk forforståelse. Jeg har derfor under hele studiet forsøkt å holde fokus på å lete etter det som talte imot mine antakelser. Det var derfor vesentlig å gå ut med en intervjuguide med få og åpne spørsmål i intervjuene. Intervjuguiden (vedlegg 4) tok utgangspunkt i forskningsprosjektets hensikt, og ble delt opp i hovedområder ut fra forskningsspørsmålene. Som et lite pilotprosjekt ble spørsmålene prøvd ut på en tidligere kollega og på et familiemedlem, både for å sjekke spørsmålstillingen og for å prøve ut intervjusituasjonen.

I et kvalitativt forskningsintervju er av stor betydning at forholdene rundt intervjuet legges godt tilrette (Kvale, 2009). Vi hadde på forhånd avtalt å sette av 1 ½ time, slik at informantene skulle få god tid. Det var en målsetting at intervjuene skulle foregå på nøytrale steder og under så like forhold som mulig. Informantene fikk velge selv. De fleste intervjuer foregikk på informantenes egne kontorer, to på møterom på rådhuset og to intervjuer foregikk på mitt

kontor.

Metode «er veien til målet», sier Kvale (2009:99). Dette betinger en bevissthet i forhold til spørsmålsstilling. Informantene var utelukkende fagpersoner og jeg følte meg trygg på at de ville håndtere de faglige spørsmålene. Under intervjuet benyttet jeg oppfølgingsspørsmål, kontrollspørsmål og foretok små sammenfatninger, for å få mer detaljert informasjon og sikre at jeg hadde forstått.

## 6.5. Analyse

Malterud sier at det som skiller den vitenskapelige tilnærmingen fra overfladisk «synsing» er at analysen er gjennomarbeidet og veldokumentert (2003). I kvalitativ analyse prøver man å forstå det respondenten forstår. Man må stoppe opp, tenke om igjen, og se på alternative tolkninger opp mot hverandre. Det er et oppbygningsarbeide fra usorterte data til en konsentrert struktur, som innebærer /tilfører ny kunnskap. Analyse er forenkling og abstrahering. Man skal skape et forståelig innhold.

Det er vesentlig å kunne forstå hva som er resultat fra selve empirien, og se det opp mot betydningen av teori og hva som kommer fra forskers for forståelse (Malterud, 2003). Dette studiet ønsket å utvikle en forståelse for hvordan noe henger sammen. Dvs. hvordan man kan forstå den psykiske helsesituasjonen i Ullensaker ved å tolke informantenes utsagn, og knytte de opp til allerede utviklet teori og forskning.

Hermeneutikk omfatter ikke noen trinn-for-trinn-metode. Men i hermeneutisk tolkning er det syv vesentlige prinsipper som bør følges: 1) Som følge av den hermeneutiske sirkel får man «en kontinuerlig frem- og tilbakeprosess mellom deler og helhet». Man får en sirkularitet som gir stadig dypere forståelse av meningen, en «ciculus fructuosus». 2) Meningsfortolkningen avsluttes når man har nådd en indre, motsetningsløs enhet i teksten. 3) Man tester delfortolkningene opp mot «tekstens globale mening». 4) Teksten bør forstås ut fra egen referanseramme. Den har en egen «autonomi». 5) Skal man gi en utlegning av en tekst, kreves kunnskap om temaet for teksten. 6) Det er ikke mulig å være helt «forutsetningsløs» når man fortolker, men man kan forsøke å gjøre egne forutsetninger eksplisitte, slik at de i minst mulig grad preger spørsmålformuleringer. 7) Enhver fortolkning bidrar med noe nytt og gi teksten ny mening. Den rommer «fornyelse og kreativitet» (Kvale et al., 2009:216-217).

Hele tiden underveis i analysen har jeg forsøkt å holde fokus på ut fra hvilken kontekst eller

forståelse jeg tolker. Forsøker jeg kun å forsterke min egen forståelse? Er min tolkning basert på et mer kognitivt/sunn fornuft fokus? Eller forsøker jeg å tolke for å få bekreftet en teori? Kvale har kalt det for de 3 fortolkningskontekster; «selvforståelse», «kritisk forståelse basert på sunn fornuft» og «teoretisk forståelse» (2009:221-222). De tre fortolkningskontekstene vil gi ulike tolkninger. Jeg har forsøkt å unngå å havne i en av disse forståelsene. Jeg har foretatt parallelle letinger etter fellestrekk og særtrekk, etter tendenser og unntak. Kategoriene, som har fått egne navn, er selvstendige og ikke overlappende. Innholdet er validert ut fra intervjuutskriftene. Tolkningene av innholdet har vært både på det uttalte budskap og på det underliggende budskap.

I mitt studie hadde jeg en bevissthet på at analysen startet allerede under intervjuet, og deretter i transkriberingsfasen. Selv om materialet var stort, gjorde jeg meg raskt opp tanker om noen hovedretninger. For ikke å henge fast i disse forestillingene eller å miste oversikten, og til tross for at man i et hermeneutisk studie skal ha fokus på de sirkulære bevegelsene, var det nødvendig for meg å gå systematisk til verks videre. Jeg valgte å ta ibruk de vanlige trinnene i kvalitativ innholdsanalyse; 1) Gjentatt gjennomlesing av hele materialet, 2) Markere meningsbærende enheter, 3) Kondensere meningsbærende enheter, 4) Preliminær kategoribygging, 5) Aggregering til høyere kategorinivå, 6) Revidering, 7) Validering, 8) Sluttstruktur og 9) Strukturen sammenlignes med teorier, begrep, tidligere forskning (en teoretisk validering).

## **6.6 Fra transkribert empiri til beskrivelser og begreper**

Jeg valgte å transkribere alle 10 intervjuene selv. Det ble 83 A4-sider med empirisk materiale. Ved å «forene analytisk reduksjon» og «opprettholde aktiv nærhet til den levende kunnskapen» (Malterud, 2003:95), skulle jeg gjøre de velvalgte avgrensninger som var nødvendig. Jeg skulle dekontekstualisere og rekontekstualisere, og foreta en datastyrt analyse.

Som uerfaren forsker var det vesentlig å velge en analysemetode som var forståelig for meg. Jeg valgte å ta med meg Kvaless 7 hermeneutiske prinsipper, samtidig som jeg i analysen tok utgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering, basert på en forenkling av Giorgis fenomenologiske analyse. Jeg ønsket å få vite noe om mine informanternes forståelse av fenomenet psykisk uhelse i Ullensaker. Analysen ble gjennomført i 4 trinn, slik som Giorgi anbefaler; dannelselse av helhetsinntrykk, identifisering av meningsbærende elementer, abstrahering av innholdet i de meningsbærende elementene, og sammenfatning og betydning

av dette (Malterud, 2003:100).

Jeg startet med gjentatte gjennomlesinger av intervjuene, hvorpå jeg gjorde en grovsortering av materialet. Nå hadde jeg 6 områder med empiri, og det føltes litt mer håndterlig.

Jeg fortsatte kodingen ved å sortere materialet ut fra meningsbærende enheter, som ble identifisert og skrevet inn i en matrise. Det ble laget en eller flere foreløpige koder på hver enhet, ut fra hva de handlet om. Fra å være 83 sider med ustrukturert materiale var empirien nå kommet ned i en 44 siders matrise med meningsbærende enheter (se tabell 10).

**Tabell 10: Et lite utsnitt av matrise med meningsbærende enheter. Her også med siste kodekolonne.**

<b>Menings enhet: Informant - side</b>	<b>Kondensert meningsenhet:</b>	<b>Foreløpig kode:</b>	<b>Kode:</b>
1: 387-388	De som er deprimerte eller sliter psykisk klarer i liten grad å nytte seg av kulturtilbudene på kulturhuset.	Mangler mulighet for kulturelt påfyll	Meningsfulle aktiviteter
1: 448-456	Det er høyere krav i arbeidsmarkedet i en kommune som Ullensaker. Det betyr at det er større sjanse for å mislykkes. Mange går konkurs.	Tap av arbeid Tap av trygghet	Mestring av endringen
2: 43-50	Man trenger råd og veiledning og støtte fra familie eller nettverk, men i Ullensaker har vi ikke lenger «nabokjerringa»	Mangel på nettverk Mangel på trygghet mangel på fellesskap	Sosial forankring
2: 70-84	Ullensaker har fått mye mer støy, fra fly, motor, tog. Det er en belastning også for psykisk helse.	Fysisk miljø	Fysisk miljø
4: 47-49	De gamle har røtter og historie her. Det er en styrke.	Røtter / Identitet	Sosial forankring

For å validere funnene leste jeg på nytt de transkriberte intervjuene og registrerte temaer.

Temaene som gikk igjen i intervjuene var; Sosial forankring, meningsfulle aktiviteter/arbeid, individuelle faktorer, kunnskaper, holdninger, vellykkethet, økonomisk trygghet, forutsigbarhet/trygghet, bomiljø, tjenestetilbud, rus, samfunnsutvikling /urbanisering, myndiggjøring og marginalisering. Jeg la dette til side og fortsatte min koding.

Jeg gikk tilbake til matrisen med meningsbærende enheter for på å finne ut hva dette handlet om. Ut fra meningsinnholdet og de foreløpige kodene, ble matrisen tilført en ny kolonne med



totalt 9 kodegrupper (tabell 10). Disse kodegruppene ble lagt inn i en ny matrise (tabell 11), slik at det ble mulig å identifisere hvor mange meningsbærende enheter det var i hver kodegruppe og hvem av informantene utsagnene kom fra.

**Tabell 11: Matrise for organisering av materialet i analysefasen: (antall meningsenheter)**

Kodegruppe:	Infor mant 1	Infor mant 2	Infor mant 3	Infor mant 4	Infor mant 5	Infor mant 6	Infor mant 7	Infor mant 8	Infor mant 9	Infor mant 10
<b>Sosial forankring</b>	18	26	9	31	16	14	16	20	15	8
<b>Meningsfulle aktiviteter</b>	8	4	4	4	2	4	6	18	1	2
<b>Mestring av endringene</b>	17	17	7	5	12	9	11	13	18	21
<b>Forståelse av endringen</b>	9	1	4	3	3	3	2	11	3	4
<b>Myndiggjøring</b>		2			2	1	1			
<b>Fysisk miljø</b>	2	5	1		4		4	5		2
<b>Tjenestetilbud</b>	13	3	3	4	6	7	6	9	10	27
<b>Marginalisert/ Stigmatisert</b>	4			1	4	1	3		7	
<b>Rus/Kriminalitet</b>	2	1	3					1	1	3

Malterud beskriver da at man skal dele kodene på nytt opp i subgrupper. Jeg klippet opp matrisen og lot de meningsbærende enhetene tale sitt språk. Hver kodegruppe ble så fordelt i subgrupper, eller subkategorier. Analysefasen var i full gang. På nytt revurderte jeg om de meningsbærende enhetene var sortert riktig. Noen ble flyttet til andre subkategorier. De meningsbærende enhetene innenfor kodene *myndiggjøring*, *fysisk miljø*, *marginalisering/stigmatisering* og *rus/kriminalitet* ble valgt lagt inn under andre kategorier. Jeg hadde nå aggregert alle underkategoriene og satt igjen med 5 kategorier med meningsbærende enheter; *sosial forankring*, *meningsfulle aktiviteter*, *mestring av endringene*, *forståelse av endringene* og *tjenestetilbud*. Under kategoriene lå det 43 underkategorier.

Neste skritt i analysen var at hver underkategori ble gått igjennom og innholdet ble kondensert til mening, slik Malterud beskriver, til et «kunstig» sitat (Malterud, 2003:108).

Deretter har jeg gått fra den kondenserte meningen til beskrivelser av underkategoriene og begrepene i kategoriene. Jeg har validert kategoriene og underkategoriene opp mot den tidligere gjennomlesingen og de temaene jeg gjenkjente da. Jeg ser at det er mange sammenfallende temaer. Tolkningene ble vurdert ut fra validitet og ulike kvalitetskriterier.

## 6.7 Validitet

Validitet handler om datakvalitet og om studiets «pålitelighet og gyldighet» (Kvale et al., 2009:249). Det handler ikke bare om det rent metodologiske, men også om moral, at man som forsker utøver et moralsk godt arbeide. Valideringen skal følge hele forskningsprosessen, dvs alle de syv stadiene (Kvale et al., 2009:253-254);

*Tematiseringsfasen* i dette studie hadde sitt utspring i en fundering. Det ble vurdert hvorvidt temaet var av betydning og at forskningen ville gjøre en forskjell. Siden min forforståelse av sterk, var det vesentlig å gå ut med åpne spørsmål for å finne ut noe om hvordan andre fagpersoner tolker situasjonen for psykisk helse i Ullensaker. Forskningsspørsmålene gav dermed mulighet for et nyansert bilde av situasjonen. Mitt lille pilotprosjekt, for å prøve ut intervjuguiden styrket validiteten. For ikke å styre retningen av mine funn, valgte jeg å kun lese noe generell teori om temaet på forhånd. Først etter analysen gikk jeg i dybden på teori og tidligere forskning om de faktorer som utkrystalliserte seg. Jeg kan likevel ikke se bort fra at min analyse kan ha vært noe påvirket av teori jeg har lest tidligere.

*Planleggingsfasen* var grundig. Utvalget med ulike fagpersoner, nivåer i behandlingskjeden og generasjoner gav nyansert og bredt spekter av informasjon som skulle øke validiteten. At jeg valgte hele 10 informanter sikret informasjonstilgangen. Det kan ha påvirket informasjonstilgangen noe at jeg kjente flere av informantene fra tidligere. Imidlertid mener jeg at betydningen dette har på validiteten er marginal, siden det var som fagpersoner jeg intervjuet dem. Syv av de ti informantene bodde selv i Ullensaker. Dette kan ha påvirket validiteten da de kan ha blandet privat erfaring med faglige vurderinger. Men det kan også hende at det gav en styrket gyldighet og pålitelighet at de har lokal kunnskap.

*Intervjuguiden* hadde åpne spørsmål, slik at respondentene ikke skulle bli ledet til å svare i en bestemt retning. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål underveis, for å validere. Men det er viktig å være klar over at «kommunikativ validitet» (Kvale et al., 2009:260), som handler om å prøve ut kunnskapen gjennom dialog, krever trening, og at sammenhengen kunnskapen blir

produsert i har betydning. Jeg har imidlertid jobbet som psykiatrisk sykepleier i mange år, og har dermed god trening i dialog med mennesker. Det er en styrke for validiteten. Samtidig var det av vesentlig betydning at intervjuene ble holdt på et nøytralt sted, uten forstyrrelser.

*Transkriberingen* ble utført av meg selv, og intervjuene ble skrevet ned ordrett. Lydopptakene ble gått igjennom flere ganger. Dette for å få med stemninger, pauser m.m. Det sikret en riktigst mulig forståelse av informantens utsagn. Av tidsmessige årsaker har jeg ikke kontaktet informantene på nytt for å validere min forståelse av deres utsagn. Det er en svakhet ved studiet.

*Analysefasen* har vært gjennomført systematisk og grundig, og jeg valgte å følge Malterud sin analysebeskrivelse. Dette for å sikre at alle analysetrinnene ble fulgt slik at informantenes informasjon ble benyttet på en respektfull måte. Dette er en vesentlig styrke ved studiets gyldighet. Gjentatte gjennomlesinger både i startfasen av analysen og i etter identifiseringen av meningsbærende elementer, bidrog til å sikre valide resultater.

*Valideringen* av forskningen har dels vært gjennom å sammenligne med teori, og dels ved å se på hva tidligere forskning har funnet. I tillegg handler det om en systematisk gjennomgang av studiets ulike trinn, for å vurdere om validitetshensyn er blitt holdt. Hensynet til min forforståelse har vært viktig å få fram gjennom hele studiet.

Når man skal *rapportere*, er det nødvendig for gyldigheten at det blir en balansert fremstilling av de funn som er gjort opp mot teori og forskning. Jeg har gått systematisk gjennom forskning og teori, og også validert opp mot samlestudier. I tillegg har jeg sett om funnene stemmer med tall fra Ullensaker psykisk helsevern. Jeg har forsøkt å gi en mest mulig objektiv framstilling av de funn som er gjort.

Validitet reiser spørsmål om kunnskap som er produsert ved hjelp av intervju, kan være objektiv. Jeg har tatt utgangspunkt i Kvaales fem tilnærminger til *intervjuforskningens objektivitet* (Kvale et al., 2009:247-248):

1. *Frihet fra ensidighet*: For at kunnskapen ikke skal bære preg av min forforståelse, har forskningen vært utført etter systematiske krav, med fokus på godt, solid og etisk bevisst håndverk.
2. *Refleksiv objektivitet*: Jeg har som forsker reflektert bevisst over min forforståelse, og

skrevet den ned før forskningen startet. Dette for å bli klar over mitt eget bidrag til produksjon av kunnskap.

3. *Intersubjektiv kunnskap*: Jeg har validert min fortolkning gjennom å stille oppklarende spørsmål under intervjuene, som en form for kommunikativ validering.
4. Jeg har forsøkt å forholde meg *adekvat til gjenstanden*, dvs. fenomenet som undersøkes. Da dette ligger innenfor den mellommenneskelige sosiale verden, gir det kvalitative forskningsintervjuet den beste objektive kunnskapen.
5. *Gi objektet lov til å protestere*: Ved å ha brukt kvalitativ tilnærming har jeg gitt informantene mulighet til å protestere mot min forforståelse, og de har også kunnet stille spørsmål til sine egne ord.

Det er flere sentrale betydninger av objektivitet som er dekket. Kunnskapen er dermed ikke bare subjektiv, men også objektivt begrunnet.

## 6.8 Etikk

Kvale sier imidlertid; «Samspillet mellom intervjuer og intervjuperson er gjennomsyret av etiske spørsmål» (2009:37), noe som tilsier at det er helt essensielt med et bevisst fokus på de etiske dilemmaer i forskningen. Helsinkideklarasjonen gir etiske standarder for all medisinsk forskning. Viktige momenter er å beskytte liv, helse, verdighet, integritet, frivillighet, retten til selvbestemmelse, privatliv og konfidensialitet.

Det er noen hovedpunkter det er vesentlig å være bevisst på ved forskning; nøye vurdere faren for skade/smerte, nøye vurdere om forskningen gir en mulig nytte, frivillig informert samtykke fra informanten, en grundig planlegging og gjennomføring av forskningen, og å sikre personvernet (Friis, 1999:198-199). Alle disse områdene ble nøye vurdert og ivaretatt, og studien fikk godkjenning fra NSD, med noen få endringer i informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 2 og 3). Informantene fikk grundig informasjon både skriftlig og muntlig. Personvernet ble sikret ved at undersøkelsen er anonymisert, og informantene har fått informasjon om forskers taushetsplikt. Siden det ikke var personlige data studiet var ute etter, men faglige vurderinger, var faren for skade/smerte svært liten. Informanten fikk imidlertid velge tid og sted selv, slik at intervjuet skulle bli minst mulig belastende. Planlegging og gjennomføring har vært grundig og systematisk, og materialet som innkom ble håndtert fortrolig. Av respekt for informantene og deres tid, ville det være etisk forkastelig å misbruke informasjonen som har kommet fram.

Studiet gir nyttig kunnskap for videre arbeid; Målet er å bidra til forebyggende og

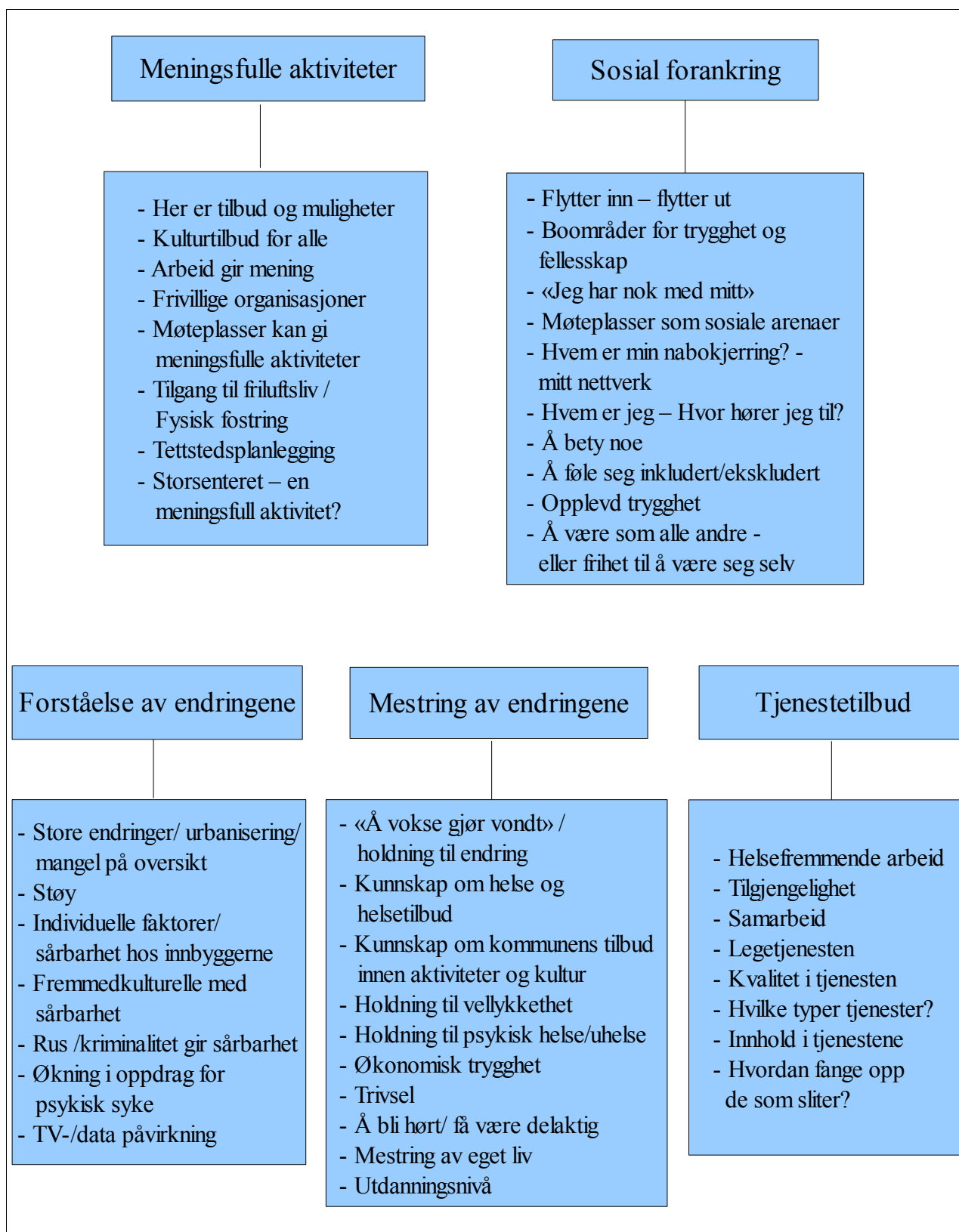
helsefremmende tiltak som virkelig kan gjøre en forskjell.

Som forsker er det i tillegg viktig å ha fokus på at kvalitativ forskning «innebærer møter mellom mennesker, og normer og verdier utgjør viktige elementer av den kunnskapen som utveksles og utvikles» (Malterud, 2009:199). Selv om dette studiet ikke har innebåret innhenting av sensitive data, har det likevel vært viktig å ha i mente de spesielle etiske utfordringer som er typisk for kvalitativ forskning. Når man skal innhente kunnskap og faglige vurderinger hos andre fagpersoner, er det nødvendig med en sensitivitet og respekt for deres fagutøvelse og ståsted. Det er uheldig dersom intervjuet blir preget av forbehold og reservasjoner. Da vil man få data «med mange innebygde begrensninger» (Malterud, 2009:200). Jeg forsøkte å presentere undersøkelsen på en måte som viste at det var en positiv interesse som lå bak. Fokus lå på informantenes opplevelse. Under intervjuene forsøkte jeg å vise en støttende, bekreftende og undrende holdning, for på den måten å skape et klima preget av trygghet og nærhet. Siden informantene var fagpersoner vurderte jeg det som lite trolig at intervjuene ville «aktivere psykisk uro» (Malterud, 2009:201).

## **7. Resultatet**

### **7.1 Sammenfatning av intervjuundersøkelsen**

Det var et rikt empirisk materiale som ble analysert og resultatet av analysen er derav omfattende. I det følgende kommer en presentasjon av funnene. Først presenterer jeg mine funn i figur 3, som viser subkategoriene og hovedkategoriene. Deretter kommer en mer utførlig beskrivelse av hver kategori og subkategori. Hver hovedkategori blir innledet med et lite sammendrag av subkategoriene. Deretter presenteres subkategoriene i form av en innholdsbeskrivelse/ sammenfatning av informantenes utsagn. Alt innholdet i beskrivelsene stammer fra empirien. Dersom det har vært spesielt sterk støtte i empirien om enkelte utsagn, viser jeg til dette ved å si; «En samlet empiri sier...», «det er sterk støtte i empirien for...» osv. Jeg har i presentasjonen skrevet sitater i kursiv.



**Figur 2 viser forbindelsen mellom subkategorier og hovedkategorier:**

## MENINGSFULLE AKTIVITETER:

### INNHALDSBESKRIVELSE:

Lokalsamfunnet Ullensaker er en kommune i endring og vekst. Her ligger mye positiv energi. Men skal man ivareta innbyggernes psykiske helse kreves bevissthet i forhold til muligheter for meningsfulle aktiviteter.

Empirien beskriver friluftsliv, fysisk aktivitet, kultur og trygg jobb som viktig for psykisk helse. I tillegg er møteplasser, der man både kan bidra med noe og bety noe, vesentlig. Tilrettelegging for slike aktiviteter er nødvendig. I kommunen og omegn er det i varierende grad tilgang til eller tilrettelagt for meningsfulle aktivitet. Man har fått økt tilgang til arbeidsplasser, men det er høye krav og mange usikre jobber. Innholdet i denne kategorien tyder på at veksten og endringen har både positive og mindre heldige konsekvenser.

## 1. Her er tilbud og muligheter

Det empiriske materialet tyder på at store kommuner kan gi flere tilbud til de ressurssterke innbyggerne. *Ullensaker er blitt mye mer spennende, et ordentlig sted med mange positive elementer* Enkeltmennesket har fått mye større mulighet til å utvikle seg som følge av veksten og det at kommunen er blitt et moderne samfunn med mange tilbud innen kultur, handel, arbeidsliv, idrett og organisasjonsliv. *Det er mange mennesker som liker alle de nye tilbudene og mulighetene og klarer å dra nytte av det. Noen fastboende liker også utviklingen» og «det er sentralt å bo her i forhold til kommunikasjon.* Men det innsamlede materialet tyder også på at det er ikke alle som klarer å nytte seg av tilbudene som finnes.

## 2. Kulturtilbud for alle

Meningsfulle aktiviteter er svært betydningsfullt for psykisk helse. *Å ta ibruk kultur er å appellere til det friske i mennesket. Man foredler mennesket både fysisk og mentalt.* Kultur kan være terapi i seg selv. Det gir energi og mening. *Hvis ikke mennesket får brukt sin skapende kraft, kan det gi sykdom.* Lokalsamfunnet med nabolag, samfunnshus og kulturhus er viktige arenaer for kultur; *der folk kan samles om noe, og hvor man blir sett og får positive opplevelser.* Det er av vesentlig betydning at kommunal planlegging sikrer møteplasser, aktiviteter, arenaer for opplevelser og fysisk aktivitet.

En samlet empiri viser til at lokalsamfunnet har et godt og bredt kulturtilbud, som er synlig og tilbyr et mangfold av aktiviteter. *Kulturhuset gir mange flotte tilbud, for de som klarer å*

*benytte seg av det. Det er noe for enhver. Det er mye terapi i det. Men Ikke alle klarer å benytte seg av kulturtilbudene. De som sliter psykisk klarer i liten grad å dra nytte av tilbudene. De sitter hjemme med sin ensomhet og isolerer seg.*

Det bør foretas en kartlegging for å finne ut hvem som faller utenfor. *Så kan man ut fra dette sette inn tiltak innen kultur, for å gi de noe opplevelser, en annen ansporing.* Utsatte grupper bør sikres mulighet for aktivitet og kulturopplevelser. Kulturkontoret planlegger for tiden kulturtiltak for eldre, PRO-sentrene og hjemmeboende som ikke kommer seg ut på egen hånd. *Mennesker med psykisk lidelse bør være neste gruppe man iverksetter tiltak for.*

### **3. Arbeid gir mening**

*Å ha en jobb er viktig for psykisk helse. Det er viktig å skape meningsfulle jobber for alle, også de som sliter. Generelt i samfunnet er det høye krav i arbeidslivet i dag; Mestringskravet er stort, og det kreves stor omstillingsevne. Det er lett å falle utenfor.*

I kommunen er det mye oppbygging av arbeidsplasser, lav arbeidsledighet, og det er mange valgmuligheter; *Det er mange arbeidsplasser i kommunen og mange kommer reisende til kommunen for å jobbe.* Arbeidsledigheten er lav og innpendlingen stor. Konkurransen i en vekstkommune gjør at kravene på arbeidsplassen blir enda større. Det er høyt tempo. Det er lett å mislykkes og mange går konkurs. *Flyplassen har ført til mange usikre arbeidsplasser. Mange går og er redd for jobben sin og mange mister jobben sin. Man kan oppleve livseksistensen som truet i en slik situasjon. En slik vedvarende utrygghet er en riskofaktor for psykisk helse.*

### **4. Frivillige organisasjoner**

I et lokalsamfunn er det av vesentlig betydning at det legges til rette med lokaler og økonomi for interessegrupper innen friluftsliv, idrett, kultur, musikk, kirke... osv..., *slik at alle kan finne sitt sted.* Frivillig arbeid er vesentlig i denne sammenheng og er viktig bidragsyter i forhold til å opprettholde folks psykiske helse. *Det handler om at små psykiske problemer ikke skal få vokse seg store. Ofte er det de minst ressurssterke som ikke kommer, men med flere tilbud når vi trolig flere.* Aktivitet, sammen med å få ta del i et fellesskap, og å få bidra med noe, er viktig for psykisk helse, *men det må ikke koste penger.*

I kommunen florerer det av frivillige organisasjoner *nesten innenfor alle mulige felt*, hvor folk kan finne et sted, en interesse, et miljø og nettverk. *Det er et mangfold av aktiviteter tilpasset ulike behov.* Det gjøres mye positivt arbeid.



## 5. Møteplasser kan gi meningsfulle aktiviteter

En samlet empiri er opptatt av møteplasser. *Vi er ikke gode nok på å lage møteplasser for inkludering og fellesskap.* Møteplasser kan være svært viktig når man skal finne meningsfulle aktiviteter og man får mulighet til å kunne bidra og bety noe. Møteplasser basert på felles interesser eller felles erfaringer og problemer, kan virke meningsfullt for mange. I så måte er kommunen godt rustet med et flott kulturtilbud, mange interesseorganisasjoner og et bra dagtilbud for psykisk syke. Men *vi trenger møteplasser som ikke er kommersielle, og der folk i alle aldre bare kan komme uten å være medlem.* Der man bare kan komme for å møte andre, ta en kopp kaffe, prate sammen. Det kan gi opplevelse av mening. *Felles aktiviteter, som f.eks. ulike marsjer, kan være en god møteplass.* Møteplasser rundt omsorgen for barn er virksom måte å nå folk på. *Skolen er et svært viktig møtested for alle generasjoner.* Skolene kan utnyttes mye mer enn de gjøres i dag. Åpen barnehage er et annet nyttig tiltak. Felles tro kan også være utgangspunkt for meningsfulle møteplasser. *Vi har en aktiv menighet her som representerer flere typer fellesskap.* Også pensjonerte trenger flere møteplasser, og *særlig menn har behov for sånne arenaer, f.eks. snekkerverksted.*

## 6. Tilgang til friluftsliv/ fysisk fostring

Vi lever i dag i et mer stillesittende samfunn. Økt fokus på friluftsliv og fysisk aktivitet er en forutsetning for både fysisk og psykisk helse. *Mulighet for fysisk aktivitet kan bidra til å redusere intensiteten på problemer.* Friluftsliv og rekreasjonsområder gir mulighet for økt livsglede. Kommunen har fokus på å skape boområder med grønne lunger og trygge veinett for både barn og voksne. Kommunen har nærhet til natur, friluftsliv og spesielt Nordbytjernet er viktig som badeplass, aktivitetssted og møteplass for innbyggerne. *Nordbytjernet er bra for befolkningen.* Kommunen har fokus på idrett og fysisk aktivitet, og planlegger å bli sykkelby. *Vi har fått mange nye sykkelveier, og Vi skal få mange nye idrettsanlegg.* Flere steder er det likevel lite friområder og langt å gå til naturen.

## 7. Tettstedplanlegging

Når vi bygger tettsted, må vi ikke bare tenke blokker, veier, trafikk, kjøpesentre og parkeringsplasser. *Da får vi åndsforlatte byrom som gir åndsforlatte mennesker.* Materialet tyder på at planavdelingen har helsesiden med i sine planlegging og har fokus på trivselstiltak, og å legge til rette for at folk skal møtes og ha mulighet for å bidra. Det arrangeres folkemøter i kommunens tettsteder, men *det er også viktig at uttalelsene til befolkningen blir tatt vare på og tatt hensyn til, slik at de får en følelse av å være delaktige.*

## 8. Storsenteret – en meningsfull aktivitet?

Det empiriske materialet er tvetydig på om Storsenteret kan representere en meningsfull aktivitet eller ikke. *Storsenteret er en risikofaktor, da de som henger der i liten grad påfører hverandre noe positivt, og etterpå er de like alene.* Det er svært mange mennesker som handler på storsenteret både fra lokalsamfunnet og fra nabokommuner. *Kjøpesenteret kan virke fremmedgjørende på folk, for man møter sjelden kjente der. Det kan lett bli et samlingssted for de som faller utenfor i samfunnet.* Ut fra en slik synsvinkel representerer ikke Storsenteret en meningsfull aktivitet for innbyggerne. Imidlertid gir empirien også grunnlag for å tenke motsatt; *Storsenteret er et sted man kan møte andre og gå og handle eller prate sammen.* Storsenteret har mange kafeer, som kan representere møteplasser. Her kan man også se de som ikke klarer å utnytte kulturtilbudene. *Storsenteret er flinke til å lage til mange arrangementer med artister og underholdning,* og det gir innbyggerne tilgang til mange opplevelser.

## SOSIAL FORANKRING

### INNHOLDSBESKRIVELSE:

I denne kategorien beskriver empirien viktigheten av trygg bolig og boområder, av nettverk, fellesskap og møteplasser. Det gis uttrykk for at i et samfunn i vekst, endring og urbanisering kreves det ekstra innsats i forhold til disse områdene. Mobiliteten og individualiseringen ses på som risikofaktorer. Travelhet og anonymisering fører til at mange mangler sosial omgang. «Nabokjerringa» blir borte og innbyggernes trygghet og tillit til at de kan få hjelp når det skjer belastende hendelser blir redusert. Det tar tid å bygge relasjoner, så veksten burde ikke gå så fort.

Materialet legger videre vekt på at røtter, felles historie og tilknytning til nærmiljøet er beskyttende faktorer for psykisk helse. Det gir identitet og trygghet. Nå beskriver innbyggere en fremmedgjøringsfølelse og mange innflyttere har ingen tilknytning til stedet. Det er viktig å jobbe med identitetsbygging og å gi folk en trygghet og tillit til at de kan få hjelp ved behov.

Vider beskriver empirien at det er lett å bli usynlig i et samfunn i endring og vekst. Det er derfor viktig å la innbyggerne få oppleve å være deltakere og få føle at de er som folk flest. I samfunn hvor de fleste har det bra, er det verre å være de som sliter. Man føler seg mindreverdig.

## 9. Flytter inn – Flytter ut...

Studiet handler om en kommune med svært høy mobilitet. *Den voldsomme mobiliteten virker negativt på folks opplevelse av nærhet til lokalsamfunnet, og kan gi utrygghet. Stor inn og utflytting gir manglende stabilitet i forhold til nettverk, oppvekstforhold, rus etc., og det er en belastning å stadig måtte forholde seg til nye beboere.* Mobilitet i bomiljøer blir dermed en risikofaktor for psykisk helse. Et nesten samlet materiale viser at høy mobilitet gir mer psykisk lidelse.

## 10. Boområder for trygghet og fellesskap

Det er sterk støtte i materialet for at det å ha en trygg bolig er en forutsetning for psykisk helse. *Det tar tid før bomiljøer setter seg og innbyggerne føler seg trygge der. Å skape fellesskap i bomiljø er vesentlig. Både i blokkbebyggelse og i boligfelt bør det legges fokus på å lage fellesrom, friarealer, grøntområder hvor folk kan møtes og drive med felles aktiviteter. Det bør etableres ressurspersoner i boområdene som har ansvar for felles arrangementer.* En ser imidlertid at flere steder er det tett med hus, lite friområder og leilighetskompleksene mangler fellesrom. *Det handler om hvilke liv beboerne skal ha mulighet til å leve.*

## 11. «Jeg har nok med mitt»

*Nordmenn er tradisjonelt individualister, som bor på hver sin tue, og skuler over til naboen.* Mye tyder på at vi i dagens samfunn er blitt ytterligere individualister. Vi har nok med vårt eget og bryr oss mindre om hverandre. Vi har alt vi trenger, tror vi, og stenger oss inne for oss selv. Men en slik holdning kan fort føre oss ut i uføre, og *til slutt blir vi ensomme, og negativt tenkende.* Vi går glipp av *de gyldne øyeblikkene* mellom mennesker, som gjør at vi bygger opp et positivt selvbilde. Det empiriske materialet gir en sterk støtte for at individualiseringen blir en trussel for psykisk helse.

Individualiseringen viser seg også i et samfunn i urbanisering. Det er økt travelhet og anonymisering. *Folk har ikke tid til å stikke innom for å se til familie og kjente.* Det er heller ikke vanlig å stikke innom hverandre på besøk, uten å bli invitert. Folk er så opptatt. Mange har heller ikke noen tilknytning og mangler sosial omgang. *De blir sittende i sin ensomhet uten å bli sett. Da er det lett å bli inaktiv, likegyldig og apatisk.* Mange finner ikke meningen med tilværelsen og blir deprimerte eller får annen psykisk lidelse. *Det er mange som er ensomme og isolerte.*

## 12. Møteplasser som sosiale arenaer

Det empiriske materialet viser at det er ekstra viktig i en vekstkommune, å tenke på å lage møteplasser. Møteplasser kan være svært nyttig når man skal finne et sted innbyggerne kan føle tilhørighet, bygge nettverk, finne fellesskap og kunne bety noe. *Møteplasser der man kan bygge nettverk, kan bidra til at man takler ting i livet bedre, da man får noen å prate med og å gå til når det er vanskelig.* Det kan bidra til at man bevarer livskvalitet. Møteplasser virker helsefremmende, helseforebyggende, og man vil lettere fange opp de som sliter. *Det er viktig å ha møteplasser for de med felles problemer, hvor de kan finne et fellesskap i sin felles situasjon, og møteplasser hvor man har felles interesser, men like viktig å ha møteplasser hvor alle kan gå.*

Det viktige er at *ingen spør hvem jeg er eller hva jeg sliter med.* Empirien tyder på at det kan være ønskelig med møteplasser som er plassert både helt lokalt, *som en liten lokal kafe i hjørnet i en nærbutikk,* og møteplasser som er plassert sentralt. Møteplasser rundt barn og skoler er sentrale og virksomme for å nå folk. *Skolene burde være mer åpen utover skoletid med felles aktiviteter for alle generasjoner av de som bor i nærmiljøet. Foreldre kan engasjeres i dette arbeidet.* Det kirkelige livet i kommunen er aktivt, og har ulike tiltak for både unge og eldre; bl.a. babysanggruppe og åpen barnehage som et nettverkstiltak for foreldre, «åpen stue» og torsdagsmøte - *der de som vil kan komme til en kaffestund.* Tiltakene er i varierende grad basert på felles tro. Noen av tiltakene er forkynnelsesfrie.

Frivillighetssentralen i Ullensaker har også mange gode gruppetilbud og møteplasser. Psykisk helsevern i Ullensaker har dagtilbud og ulike gruppetilbud, som representerer *viktig møteplass for mange av de som sliter psykisk. Møteplassene bør ikke koste penger.*

Ullensaker bør jobbe videre med å lage gode møteplasser, for å bygge nettverk blant de nyinnflyttede, de som sliter med helseproblemer, for eldre og yngre. Dette bør være et viktig fokus framover. Ulike aktiviteter og arenaer bør nyttes. Møteplassene kan være i regi av kirken, av frivillige organisasjoner eller f.eks. pensjonister. *Det bør også være mulighet for å hente inn folk til møteplasser, og hvor de får oppfølging den første tiden. Sånne treffpunkter vil kunne virke helsefremmende og helseforebyggende, og man vil lettere fange opp de som sliter.*

## 13. Hvem er min «nabokjerring» - mitt nettverk?

Nettverk og fellesskap er viktige elementer i et lokalsamfunn ifølge en samlet empiri. Det handler om *å ha noen du kan prate med,* som du har tillit til, har et fellesskap med og *som bryr seg om deg.* Det handler om *nabokjerringa. Vi trenger henne.* Hun er nær, hun gir

trygghet, støtte og avlastning. Man føler en blir sett og føler seg ikke ensom. Et slikt ivaretakende sosialt miljø vil virke beskyttende på psykisk helse. Særlig når det oppstår belastninger og livet blir problematisk, som ved ulykker, død, sykdom. Nettverket kan *bidra til at problemene ikke får vokse seg større*, og det gjør at du kommer deg gjennom hendelsen på en best mulig måte. Uten nettverk, er det en *risiko for at man ikke kommer ut av problemene på en gunstig måte*. Man kan bli psykisk syk og de profesjonelle må erstatte nettverket.

I et lite samfunn kjenner gjerne innbyggerne hverandre godt. De har gjerne familie og nettverk i miljøet, og de får avlastning og blir sett hvis de sliter.

I et urbant samfunn blir lett *nabokjerringa* borte. Nye bomønstre disponerer for ensomhet. Stor mobilitet fører til at etablerte nettverk blir løsere. *Mange får flere bekjente, men færre nære venner. Man kjenner ikke hverandre lenger*. Det blir en travelhet og man glemmer å pleie de nære vennskapene. Folk har mindre evne til å ivareta sin psykiske helse, da de har små sårbare nettverk. De mangler familie og nære venner som kan bistå, gi råd og støtte eller fange dem opp når de sliter; *Mange har ikke nettverk som kan stille opp hvis noen blir syke eller sliter*. Ensomhet kan føre til psykisk lidelse. Det er mere totalomsorg for medmennesker i ei lita bygd enn i et større urbant samfunn.

Mange innflytterne flytter til kommunen for å få jobb. De fleste har lite eller ikke nettverk. Mange av de som de jobber sammen med, bor ikke i kommunen. Det hadde vært en god støtte hvis naboene kom og ringte på for å bli kjent med nye innflyttere. *Dette er ikke vanlig i Ullensaker*. Dette har sin bakgrunn i folks erfaring med militæret, og at folk snart flyttet igjen. Mange informanter mener at det er trolig at innflytterne er mer utsatt for psykisk uhelse. *Det er ekstra vanskelig for den eldre befolkningen som er innflyttere. For dem er det enda vanskeligere å komme seg inn i et nettverk*.

De «gamle» innbyggerne har gjerne et større nettverk, og er dermed mer beskyttet for psykisk uhelse, selv om mobiliteten kan gjøre at nettverkene blir noe løsere. *Ved traumer, ulykker, død eller sykdom, er det nettverket som ofte gjør at du kommer igjennom sånne hendelser. Ellers må du ha tjenester som bistår deg*. De som har bodd lenge i kommunen har også fordel i at de er kjent i miljøet. Også de som i utgangpunktet er sårbare, er mer beskyttet, og de «vil trolig bli fanget opp raskere, fordi de har nettverk. De vil dermed få raskere hjelp». I forbindelse med tvangsflyttingen fra Gardermoen, erfarte man hvordan de utsatte gjennom å skape fellesskap klarte seg bedre gjennom de påkjenninger de ble påført. De som valgte å flytte ut av kommunen sliter mer psykisk.

Helsestasjoner, barnehager, skoler og kirken har i flere år hatt fokus på å bygge nettverk ved å

lage møteplasser og gruppetilbud. Her bør man satse videre. Også skolevegen for barna kan nyttes som nettverksbygger, hvis foreldrene slutter med å kjøre barna hele tiden. *For skolevegen er en viktig sosial arena for bygging av nettverk og felles opplevelser.* Men veksten burde ikke gå så fort, for *det tar tid å bygge relasjoner.*

## 14. Hvem er jeg? - Hvor hører jeg til?

Å føle at man hører til et sted, å ha røtter, felles historie, å føle tilknytning til nærmiljøet virker beskyttende for psykisk helse. Det handler om identitet, *å vite hvem man er og hvor man hører hjemme*, og å være en del av et fellesskap. Et slikt fellesskap av nære venner, som man har felles historie med er av stor betydning, og gir opplevelse av identitet. Nærmiljøet vil raskt fange opp psykisk uhelse. Er man sårbar, vil mangel på identitetsfølelse kunne føre til ensomhetsfølelse. *Å føle seg ensom er risikofaktor.*

Kommunen har gjennomgått en voldsom forandring fra bygd til by. *På 60-tallet var storgata på Jessheim en grusveg hvor det gikk hester. Jessheim var bare en stasjon på veg til Eidsvoll.* Tidligere het det at man måtte bo i Ullensaker i 7 generasjoner for å bli regnet som ekte Ullsokning. *Det var en sterk identitetsfølelse.* De gamle Ullsokningene har sånn sett en beskyttelsesfaktor som skulle tyde på at de har bedre evne til å ivareta sin psykiske helse. Når man er godt kjent, er det også lettere å vite hvor man skal gå for å delta i et fellesskap. Men i dag gir Jessheim storbyfølelse. Det er kommet mange innflyttere, og *når man går på Jessheim, kjenner man nesten ingen.* Dette kan gjøre at mange av de gamle innbyggerne kan *føle seg fremmedgjorte i egen bygd.* Svært mange kommer også til *bygda* for å handle, og det har blitt et urbant preg. Mange av de som er ifra kommunen kan oppleve endringene i kommunen så voldsomme at de føler de ikke lenger hører til her. *Man betyr ikke noe lenger. Man føler man ikke har betydning lenger.* Identiteten er blitt svakere grunnet veksten. Mobiliteten kan også påvirke identitetsfølelsen negativt.

De nyinnflyttede i Ullensaker har ofte ikke noen tilhørighet, noe å identifisere seg med eller å ha fellesskapsfølelse knyttet til på stedet. De flyttet kanskje etter jobben; *Mange av de som bor her mangler røtter her. De har ingen felles historie.* Det kan være en risiko for psykisk uhelse. Dersom man utsettes for belastning og man ellers er likt disponert, er det større sjanse for å få psykisk uhelse når man mangler identitetsfølelsen til nærmiljøet. *Det er lettere å bli usynlig i en vekstkommune.* Empirien gir åpning for en liten tvil på om mindre tilknytning gir mer psykisk uhelse.

Det ble opplyst om at i kommunen har man egen kulturminnevernkonsulent. Det er viktig for å bevare folks identitet, eller *ankerfestene / knaggene i tilværelsen.* Det arrangeres lokale

kulturruker hvert år, og *vi har mange signalbygg som posthus, kulturhus, politihus...*

Betydningen av at kommunen har en synlig ordfører, vektlegges i empirien. *Det skaper identitet.* Det bør jobbes videre med å gi innbyggerne muligheter for tilhørighet og identitetsbygging, slik at de får bygd opp den lokale tilknytningen.

## **15. Å bety noe**

*Et lokalsamfunn skal gi mulighet for ulike typer fellesskap, slik at folk får opplevelsen av å være en del av noe og å bety noe.* Det å bo i et lokalsamfunn hvor man blir sett, *der noen blir glad for å se deg*, og hvor en føler at det har en betydning om man er der eller ei, er av stor betydning for psykisk helse. *I store og urbane samfunn er det større sjanse for å bli usynlig*, og mange innbyggere har lite nettverk. Sånn er det også i vår kommune i dag, både på grunn av veksten og den raske utviklingen. Man blir usynlig. *Det å bli sett er det viktigste for folk.* At ingen ser deg er en risiko for folks psykiske helse. Det er viktig at kommunen planlegger for å lage fellesskap der folk kan bidra og føle seg til nytte. Der de kan være deltaker og *ikke bare observatør.*

## **16. Å føle seg inkludert / Ekskludert**

Levekår og utdanning ser ut til å være av vesentlig betydning for folks psykiske helse. *Det handler om å føle seg inkludert – å høre til et sted. Å gjøre som andre og å ha det som andre har, blir viktig.* Dårlig råd, dårlig utdanning og arbeidsløshet blir risikofaktorer. I Ullensaker har man historie for å ikke være så gode på å inkludere folk som kommer nye til kommunen. *De som flytter hit representerer noe fremmed, noe anderledes*, noe det er utrygt å få inn i sitt etablerte fellesskap.

## **17. Opplevd trygghet**

Stabile, forutsigbare forhold i lokalsamfunnet er viktig. *Folk trenger å føle seg trygg på alle livets arenaer, å ha tro på at de andre vil bistå en, at ting ordner seg.* Mangel på trygghet kan føre til psykisk sykdom. Man ser det mye i dagens samfunn som følge av familieoppløsninger.

*Det å kjenne til bygdas historie er en trygghet i seg selv. Det er det mange som ikke gjør.* De «gamle» innbyggerne har dermed en beskyttelse i det at de er fra kommunen, og de har referansegruppene sine rundt seg. *De har trolig bedre evne til ivaretagelse.* Men det kan påpekes at de kan føle det utrygt med den voldsomme endringen. Nyinnflytterne mangler historien og nettverket, men *de har heller ikke opplevd endringen.* Det kan imidlertid ta tid før man føler trygghet i et nytt boligområde, som vi har mange av i Ullensaker. I hele tatt er det

mange som kan oppleve veksten, endringen og det å bo i et større samfunn, som preges av lite nære nettverk, som mer utrygt. *Uten nettverk, som kan korrigere trusselbildet, kan det føre til økt angst.* Mange fremmede og medias oppslag om økt kriminalitet kan også skremme. Et forslag kan være at de som sitter i ledende posisjoner burde *gå sammen om å utnytte tabloideffekten og forsterke de positive sidene ved Ullensaker for å bygge identitet og påvirke folks opplevde trygghet.*

## **18. Å være som alle andre – eller frihet til å være seg selv**

Et samlet empirisk materiale viser til at *Vi mennesker har et sterkt behov for å være normale, å være som folk flest og å delta på normale aktiviteter.* Det i seg selv gjør at vi fungerer bedre i hverdagen, og er beskyttende for psykisk helse. I en vekstkommune blir det lettere forskjell mellom folk, både i forhold til økonomi og helse. Vi lever i et samfunn hvor de fleste har det bra. *Å leve i et slikt 2/3 samfunn blir ekstra belastende for de som sliter psykisk. De har ofte dårlig råd, får redusert sitt selvbylde ytterligere og isolerer seg. Det blir en vond sirkel.* Høye boligpriser, hard konkurranse i arbeidslivet og manglende økonomisk evne kan gjøre at mange opplever seg selv som *taper*, som mindreverdige, som en som ikke har lyktes.

De gamle innbyggerne har gjerne mer nettverk og har dermed lettere tilgang til *normale* aktiviteter. Samtidig; *Det er større fare for tap av borgerlig aktelse for de som har bodd her lenge, ved f.eks. skilsmisser osv...* De står i fare for å bli stigmatisert pga gjenkjennelse. Dette gjelder også hvis de blir syke eller får økonomiske problemer. Gjenkjennelse kan også føre til høyere terskel for å oppsøke hjelp. For noen kan det oppleves *belastende å være knyttet til familier som er stigmatisert* i et lite gjennomsiktig samfunn.

I et urbant samfunn har man større frihet enn i et mindre bygdesamfunn. *Man kan kle seg og være som man vil uten at folk bryr seg.* Sånn sett kan det være lettere å være innflytter og ikke bli gjenkjent. Men *Jessheim er fortsatt ikke større enn at man skiller seg ut og mange kan være skeptiske til det nye og fremmede.*

## **FORSTÅELSE AV ENDRINGENE:**

### **INNHALDSBESKRIVELSE:**

Mange mennesker har stort behov for oversikt, kontroll og forutsigbarhet. De store endringene og urbaniseringen av et lokalsamfunn kan virke overveldende og mange kan få en opplevelse av å miste balansen, mener empirien. Særlig mennesker som allerede er i risikozonen er utsatte, og kan ha vanskelig for å forstå endringene på en hensiktsmessig måte..



Arv, miljøpåvirkning og eventuelle traumer påvirker forståelsen. For de som har en sårbarhet, er det dermed en risikofaktor å komme til en slik kommune. Mange av de som flytter til Ullensaker kommune har problemer fra før, med rus, kriminalitet eller er fremmedkulturelle med store traumer. TV- og datapåvirkning i samfunnet i dag gir urealistisk virkelighetsbilde og kan føre til ensomhet og gi psykisk uhelse.

## **19. Store endringer - Urbanisering – mangel på oversikt**

Ullensaker-samfunnet er begynt å bli stort, moderne, det skjer mye og det er høy hastighet. Befolkningen blir mer og mer sammensatt og det er vanskelig å orientere seg. Det blir mye press på mange som følge av samfunnsstrukturen. *Noen mennesker har behov for forutsigbarhet hele tiden. Sann er det ikke i Ullensaker.* Samfunnet preges ikke av oversikt og kontroll, og noen vil trolig få en opplevelse av å ikke klare å følge med. *De vil føle at de mister balansen, som følge av den raske veksten og endringen, og mange står i fare for å falle utenfor.* Ikke alle finner fotfeste igjen og blir da psykisk syke. Usikkerhet om fremtiden forsterker denne tendensen. Urbaniseringen fører i tillegg til mer spesialiserte samfunn, som igjen gjør at «*man får en mer hjelpetrengende befolkning*», og en økning i psykiske lidelser.

Særlig mennesker som allerede er i risikozonen er utsatt i et sånt fragmentert samfunn som kommunen er i ferd med å bli. *Jeg tror det blir en reell økt forekomst av psykiske lidelser som følge av forandringene i lokalsamfunnet.* Et økt antall mennesker står i fare for å utvikle livsproblemer, med depresjoner som følge, eller annen type psykisk lidelse. I et samfunn i stor endring og vekst, blir man i tillegg lett usynlig, og det blir vanskelig fange opp de som sliter.

## **20. Støy**

Innbyggerne i kommunen opplever at den store veksten og flyplassen har ført til økt støy både fra fly, trafikk og tog. *Det er en risikofaktor» og «Det er en belastning også for psykiske helse.*

## **21. Individuelle faktorer / sårbarhet hos innbyggerne**

Vi mennesker har ulike sårbarheter, styrker og opplevelser. Arv og miljøpåvirkning, eventuelt traumer er vesentlig for hvem som blir psykisk syk. *Psykisk helse har således multifaktorelle psykososiobiologiske årsaker.* For de som har en sårbarhet, er det å komme ny til en kommune og ikke ha nettverk en risiko. Vi vet at *det er en sammensatt gruppe mennesker som flytter hit.* Noen er ressurssterke, men *vi vet at mange som flytter hit har problemer fra før.* Den store mengden med eneboliger med utleieleilighet tiltrekker seg mange nye innbyggere som sliter.

Mange unge etablerer seg her fordi det er urbant. Det er mulig den gruppen med høy mobilitet har større sårbarhet enn de mer bofaste.

## **22. Fremmedkulturelle med sårbarhet**

*Vi får i Ullensaker en større og større gruppe fremmedkulturelle som har store utfordringer.*

Mange er traumatisert, og er analfabeter. Disse har mindre evne til å ivareta psykisk helse og kan vær en del av økningen til psykisk helsetjeneste.

## **23. Rus / kriminalitet gir sårbarhet**

Rus er en selvstendig risikofaktor for psykisk uhelse. Nye rusmidler fører til at stadig flere får psykiske lidelser. Det er også en økning i alkoholforbruket i befolkningen generelt. *I*

*Ullensaker er det stadig flere unge som bruker rusmidler, og som får psykiske lidelser derav.*

Det er trolig at veksten, mobiliteten og det at Jessheim er blitt en sentrumsregion, tiltrekker seg innflyttere med psykososiale problemer og rusproblemer. Det er et stort tilsig av unge menn med omfattende problematikk innen rus/psykiatri/kriminalitet, som kommunen ikke har noe tilbud til. *Ullensaker har mye mer kriminalitet enn nabokommunene.* Empirien viser imidlertid at man har erfart at det kan være stort rotfesta rusmiljø også i kommune med liten mobilitet. Det er trolig at økonomiske problemer blant innbyggerne også fører til rus og kriminalitet

## **24. Økning i oppdrag for psykisk syke**

*Når man tilfører ressurser til en kommune, så kommer utfordringene.* Det vises til at politiet opplever sterk økning i bistandsoppdrag til personer med psykiske problemer, og svært mange må legges inn på tvangsparagraf. Det er et nasjonalt fenomen. *Vi er ikke ei bygd som er blitt mer sykdomsfremkallende.* Men utviklingen er også typisk for en kommune i vekst.

## **25. TV- / data- påvirkning**

Vi utsettes for mye påvirkning via TV og internett. *Noen får et forvrengt og urealistisk virkelighetsbilde, andre er sårbare og får for mange inntrykk.* Begge deler kan føre til psykisk uhelse og til kriminalitet. De som bruker mye tid foran TV og PC blir lett ensomme, *de går glipp av fellesskap og de er utsatt for psykisk uhelse.*

## MESTRING AV ENDRINGENE:

### INNHALDSBESKRIVELSE:

Undersøkelsen omhandler en kommune med *voksesmerter*, og *å vokse gjør vondt*, ifølge empirien. Innbyggerne har ulike holdninger til endringene. Mange, og særlig de som har bodd i kommunen lenge, liker ikke endringene. Andre liker det. Brukerundersøkelsen viser at folk trives og de er gode på å ivareta sine liv og tåler uforutsigbarhet. Det handler om å mestre eget liv, noe som er en forutsetning for psykisk helse. Det er livsmestringssykdommer man ser mest av.

Høye krav til vellykkethet, presset økonomi, lite nettverk man kan spørre til råds og lite kunnskap om helse gjør at mange kan bli syke. Mens kjennskap til helsetilbudet, at det nytter å få hjelp, at man har rettigheter og en avtabuisering av psykiske lidelser bidrar til at folk tar tidligere kontakt med helsetjenestene enn før.

Materialet viser til at ved å tilføre innbyggerne kunnskap, gi informasjon og la de få være delaktige i planlegging, kan man bidra til bedre psykisk helse. Kultur ser også ut til å være en nyttig beskyttelsesfaktor.

## 26. «Å vokse gjør vondt» – Holdning til endring

*Ullensaker er en kommune med voksesmerter, og å vokse gjør vondt. Det er et samfunn med høy hastighet, det er mer av alt, stor forandring, økt travelhet og økt aggressivitet i folk. Mange klarer ikke å henge med og noen opplever det utrygt. Endringen har vært størst for de som har bodd her lenge. Det varierer i hvor stor grad de trives med veksten og endringene. Mange mennesker har en innebygd motstand mot endring. De tenker at endringen ødelegger et trivelig bygdesamfunn. Særlig de som opplevde hvordan folk ble behandlet under tvangsflyttingen fra Gardermoen, kan ha svært negative holdninger til endringen.*

## 27. Kunnskap om helse og helsetilbud

Helsevesenet i kommunen merker at mange innbyggere ikke har nettverk. *De kommer til det offentlige med de mest banale ting og spørsmål.* Folk er usikre og har ingen å rådspørre. Opptrappingsplanen har ført til utbygde tjenester. Folk er kjent med psykiatritilbudet. De vet at man kan få behandling. Dermed øker etterspørselen. Signalbygg for DPS i kommunen gjør også at folk blir mer bevisst på at det finnes et tilbud. Det er lettere for de som har bodd her lenge å finne fram til hjelpetjenestene.

De store endringen har ført til behov for stadige omorganiseringer og omgjøring i

tjenestetilbudet. *Men tjenestene blir ikke alltid bedre, og det blir vanskeligere for folk å orientere seg.* Dette gir økte belastninger for både de som skal bruke tjenestene og de som skal gi tjenester. Folk i dag vet at de har rett til tjenester, ikke minst gjelder det de med høy utdanning. *De med lav utdanning er mer vant til å ordne opp selv og å ivareta hverandre selv.*

Empirien viser at folkeopplysning er viktig. *Man må gi folk kunnskap om egen helse,* hva de selv kan gjøre og tjenestetilbudet som fins. Det bør spres informasjon om psykisk helse, slik at folk kjenner signalene og skaffer hjelp tidligst mulig. *Man bør gi folk noe av ansvaret for egen helse tilbake, og bygge opp folks evne til å mestre og stå i ting,* slik at de kan lære hva de selv kan gjøre. Det er også viktig å normalisere det å ha dårlige dager og normale reaksjoner på livshendelser. *Man bør hjelpe folk å se at de har valg,* og at det fins muligheter, slik at håpløsheten ikke får overtaket.

## **28. Kunnskap om kommunens tilbud innen aktiviteter og kultur**

Kommunen er god på å informere innbyggerne om møteplasser, kulturtilbud og arenaer som finnes. Slik kunnskap gir oversikt og gir opplevelse av tilhørighet. Det virker beskyttende på psykisk helse. Folkeopplysning bør ha fokus på å gi innbyggerne ytterligere kunnskap om alt som finnes i kommunen av aktiviteter, lag og foreninger. En bør være mer aktive med å sende ut informasjon, og da kanskje særlig i forhold til utsatte grupper. *Nyinnflyttere til kommunen bør få tilsendt velkomstbrev, med en folder med informasjon om kommunen, både hvem vi er og hva som finnes her av tilbud innen alle områder, og også innen kultur, lag og foreninger. Da blir dørstokkmila kortere.*

## **29. Holdninger til vellykkethet**

Det er høyere krav til vellykkethet i et moderne, urbant samfunn. *Det er lett å stille for høye krav til hva en skal klare.* Man skal være like vellykket som de andre; ha stort hus, bil, båt, hytte, fine møbler, klær etc. Man skal også være på en bestemt måte, ha høy utdanning, god jobb, ha aktive barn osv. *Man spenner bua høyt og risikerer at man ikke klarer å leve opp til det, og da kan det gå ut over den psykisk helsa.* Det blir et for stort press på mange. *Folk med høy utdanning og høy inntekt har kanskje aller høyest krav til seg selv.* Kravet om vellykkethet kan også føre til at man blir så redd for å ta feil valg, at man på en måte blir handlingslammet. Det kan ta fra folk muligheten for mestring.

*Vi bør se på muligheten til å endre reklameplakater, rollefigurer osv. som fokuserer på vellykkede, flinke og fine vi skal være på alle mulige måter.* Det handler om å vise folk at å ha det sånn ikke er det mest vanlige for folk.

### 30. Holdninger til psykisk helse / uhelse

Folkeopplysning, bl.a. gjennom Verdens Helseorganisasjons definisjon av helse som opplevelse av velvære, har skapt et voldsomt behov for behandling i dagens samfunn. Folk oppfordres nesten til å søke behandling for det meste, og man opplever en holdningsendring der nesten alle livsbelastninger blir sykeliggjort. *Man har ikke lov å ha det tungt og trist lenger.* Det er snakk om et endret sykdomsbegrep, og at det offentlige har tatt ansvar for svært mye av folks dagligliv. *Folk er ikke innstilt på å bidra.* Krisehjelp er et eksempel på det. *Man har tatt fra folk trua på at de kan klare noe selv.* Vi lever i dag i et rettighetsamfunn. *Folk legger skylda på samfunnet for helsa si,* og de mener da at samfunnet har plikt til å gjøre noe med det som ikke er bra. *De glemmer at med en rettighet følger også en plikt.* De er oppdratt slik av samfunnet. Folk har økende tillit til at det nytter få hjelp for psykiske lidelser. De tar dermed tidligere kontakt enn før. Det kan også se ut som man i samfunnet er mer observant på psykiske lidelser enn før.

Empirien gir sterk støtte til at det har vært en avtabuisering i forhold til å ha psykiske lidelser og å oppsøke hjelp for plagene. Dette skyldes trolig alminneliggjøring og mer åpenhet om psykiske lidelser. *Bondevik var med på å avtabuisere psykiske lidelser, noe som gjør at folk lettere søker behandlingsapparatet uten å føle tap av selvrespekt, tap av borgerlig aktelse.* Det er blitt mer anerkjent å gå til behandling, og dermed også en lavere terskel. *Det er de yngre som søker oftest hjelp.* De eldre preges fortsatt av mye fordommer. Også blant fremmedkulturelle ser det ut til å ha bitt en normalisering av det å søke hjelp for psykiske lidelser.

Det er viktig at man er bevisst på hvordan man presenterer de som sliter psykisk i media; *Det er ikke bra å presentere dem som ofre eller tapere. Det gjør noe med hvordan de som er psykisk syke oppfatter seg og hvordan andre forholder seg til dem.* Det handler om verdighet. Og man bør formidle til innbyggerne at de har eget ansvar for livssituasjon og egen helse.

### 31. Økonomisk trygghet

Forutsigbar inntekt og økonomi har betydning for evnen til å opprettholde psykisk helse, og økonomiske bekymringer blir dermed en risikofaktor. I Ullensaker kommune er boligene fortsatt billigere enn i Oslo og det er god tilgang på boliger. Men prisene har økt veldig og mange må sette seg i stor gjeld; *Mange har store lån på dyre boliger og får økonomiske problemer.* Det skaper utrygg og presset økonomi og kan bli en belastning. *Fallhøyden blir stor, og man kan få psykiske problemer.* Mange mister sin borgerlige aktelse. De høye prisene gjør også at mange må leie bolig til høye utleiepriser. Man ser en økning av henvendelser fra

folk som trenger økonomisk bistand og sliter med angst osv. *Presset økonomi kan føre til skilsmisser*, som igjen gir ytterligere belastning.

## **32. Trivsel**

Empirien tyder på at det er mange som ikke trives i sitt lokalsamfunn lenger grunnet veksten og endringene. Det er imidlertid også mye positiv energi i kommunen. Det er samfunnsutvikling. *Vi bygger opp samfunnet vårt*. Mange opplever det som positivt og opplever kommunen som et godt sted å bo. *Brukerundersøkelser viser at folk trives*.

## **33. Å bli hørt – få være delaktig**

I planlegging av et nærmiljø, bør det legges til rette for deltakelse fra innbyggerne. *Befolkningen må få mulighet til å uttale seg. Det er også viktig at uttalelsene til befolkningen blir tatt vare på og tatt hensyn til, slik at de får en følelse av å være delaktige*. En slik opplevelse av medbestemmelse vil kunne redusere risiko for psykisk og fysisk lidelse. *Vi har en synlig, hjelpsom, utadvendt ordfører som tar alle alvorlig og er tilgjengelig. Det er bra*. I Ullensaker er det imidlertid mange som har opplevd å ikke bli hørt eller tatt hensyn til da flyplassen kom.

## **34. Mestring av eget liv**

Opplevelse av å mestre eget liv er en forutsetning for psykisk helse. *Det må være en balanse mellom forutsigbarhet og uforutsigbarhet*.

*Ullensakers befolkning er vant til stor tilflytting, endring og nye impulser* grunnet de store ferdselsveiene; den Vingerske kongeveg, Oldtidsvegen og Pilgrimsleden, som gikk igjennom kommunen, samt at militæret hadde en viktig plass i kommunen før. Jernbanen kom også tidlig. Det er mange mennesker som både tåler og liker uforutsigbarheten i Ullensaker. *Moderne mennesker er utadvendte, dyktige på å ivareta sine liv* og liker at det skjer nyskapning. Empirien tyder på at Ullensaker er et populært sted å bo.

*Det er livsmestringsykdommene man ser den største økningen av i kommunen*. Det er de lettere psykiske lidelsene som er mest påvirkelige av miljøfaktorer. En av informantene er opptatt av at NAV-reformen har presset folk ut i aktivitet de ikke mestrer og mange sliter med å sende meldekort.

Et forslag til tiltak kan være at skolen kan satse på mer individuelle tilpasninger der fokus flyttes vekk fra fag til interesser. Det gir et *bedre grunnlag for å lykkes, og det handler om identitet*. Man får bygd sin identitet, noe som blir en styrke som voksen. Det bør også legges

inn fag i skolen som går på livsmestring og det å bli kjent med seg selv. *Det går på det helsefremmende arbeidet og fra vugge-til grav-tankegangen.* Man bør jobbe med å finne tilbud der vi kan lære folk hvordan jobbe med positiv tenkning. Ulike typer mestringskurs bør etableres. *Da er man bedre rustet til å vite hvordan forholde seg til endringene.* Man bør gi folk noe av ansvaret for deres helse tilbake.

### **35. Utdanningsnivå**

Det er en helt annen type befolkning i kommunen i dag enn for 30 år siden. *Det er ikke naturlig vekst. De nyinnflyttede er en sammensatt gruppe, og de har mange og ulike typer behov. Utdanningsnivået har betydning for psykisk helse.* En del av innflytterne er høykompetansegrupper, og *er mer beskytta mot psykiske lidelser.* Undersøkelser i Oslo viser at dette ikke er entydig, da barn av de med høy utdanning kan slite psykisk grunnet voksne som er lite tilstedeværende.

*Mange uten utdanning flytter hit i håp om å få jobb.* Det er de vi ser mest av i behandlingsapparatet. Mange er unge og ønsker å bo i et urbant, moderne samfunn.

## **TJENESTETILBUD:**

### **INNHALDSBESKRIVELSE:**

Under denne kategorien gir materialet mer konkrete beskrivelser av hvordan tjenestene i Ullensaker fungerer innenfor noen vesentlige områder, og det kommer fram konkrete forslag om endringer. Områdene som er nevnt er; helsefremmende arbeid, tilgjengelighet på tjenestene, samarbeid mellom de ulike tjenestene, hvordan organisere legetjenesten, kvaliteten på tjenestene, hvilke typer tjeneste man bør satse på og innholdet i disse, og hvordan fange opp de som sliter.

### **36. Helsefremmende arbeid**

*Gammel buddhistisk visdom sier at enhver tanke og følelse har like stor realitet som dette bordet her.* Bare man tenker og jobber, så skjer det noe. Det settes igang prosesser. Det er derfor viktig at vi får helseutfordringer fram i lyset. Vi må jobbe med folks livskvalitet; på verdier, på det å se hverandre og på å forsterke de positive aktivitetene og kulturen vi har. Empirien tyder på at det jobbes for lite helsefremmende. *Det burde vært laget et prosjekt som ser på hvordan de nasjonale føringene virker på folks psykiske helse, om de tiltak som gjøres virker?* Hva er det som kan være helsefremmende for folks helse.

### 37. Tilgjengelighet

En samlet empiri viser til at innbyggerne trenger godt organiserte og tilgjengelige tjenester. Det blir alltid press på de offentlige tjenestene i en kommune i sterk vekst, og tjenesteapparatet merker godt et økt behov blant innbyggerne. *Urbaniseringen har ført til at det blir lenger vei fra befolkningen generelt og til tjenesteapparatet.* Det blir vanskeligere å ha nærhet til tjenesteapparatet. Man ser det blant annet ved at psykisk helsevern er i ferd med å bli et høyterskeltilbud. Man klarer ikke å fange opp og gi et raskt tilbud til alle som sliter. *Psykiske lidelser får dermed utvikle seg unødig lenge.* Folk blir dårligere og må ha mer hjelp. *På grunn av knappe ressurser blir det også mer skyving mellom tjenestene,* og man får et mindre helhetlig tilbud. Den raske veksten fører til at infrastrukturen i kommunen ikke klarer å følge med. Det blir behov for stadige omorganiseringer. *Tjenestene blir ikke alltid bedre,* men det blir vanskeligere for innbyggerne å orientere seg. Det er likevel mange som får hjelp i det offentlige og kommunale hjelpeapparatet. Servicetorget gir inntrykk av en åpen kommune der man kan få rettleiding og hjelp.

*Man har fått større nærhet til spesialistapparatet, siden vi har fått DPS hit.* Det er bygd et helt nytt bygg til DPS, og kommunen har ambulant team innen både rus og psykiatri som positive tilbud.

Det empiriske materialet har følgende forslag til videre tiltak: åpne dager i rådhuset, en større avdeling for psykisk helsevern som burde være lavterskeltilbud. Man kan begynne med kommunepsykologer, men det er trolig at storforbrukerne vil benytte de mest. *Vi vet at 10% av brukerne av legetjenesten bruker 90% av kapasiteten.* Trolig blir det slik også med kommunepsykologer, og da når man ikke flere. Det er ikke sikkert det er riktig å formidle at alle kan få gå til psykolog. Det er mulig at de offentlige tjenestene er blitt for tilgjengelige i dag.

### 38. Samarbeid

Det er viktig å lage et samfunn med plass for alle de individuelle behovene. Gode kommunikasjonslinjer og tett samarbeid i hjelpeapparatet er en forutsetning både for å forebygge og for å gi et nødvendig tilbud når noen blir syke. Det empiriske materialet gir sterk støtte for at det må tenkes tverrfaglig. *Det er viktig å jobbe med helhetlige tilbud for de som sliter psykisk.* Samarbeid vil komme folks psykiske helse til gode, men *det er store mangler i kommunikasjonen mellom tjenesteapparatets ulike deler.* Innad i kommunen er det bevissthet på og en god holdning til samarbeid, men det er fortsatt mye forbedringspotensiale; Et samarbeid mellom psykisk helsevern og kultur, for å finne meningsfulle aktiviteter for



innbyggere som sliter, vil kunne være nyttig.

I samarbeidet mellom 1. og 2. linjen opplever man store utfordringer; *Tenk hvis 1. og 2. linjetjenesten kunne ha tenkt sammen for å finne god løsninger...* Kommunen opplever ikke alltid å få god hjelp fra sykehuset til psykisk syke, men samarbeidet med DPS har bedret seg. Samarbeidsprosjekter er igang, og man håper at det skal komme pasientene til gode. Samarbeidet med politiet er bra, men også det kan bli bedre; *Kommunehelsetjenesten må samarbeide mer med politiet i forhold til psykisk lidelse, rus og kriminalitet.*

### **39. Legetjenesten**

*Legetjenesten må kvalitetsikres.* Legenes lønnsordning legger opp til korte konsultasjoner. Korte konsultasjoner gir ikke kvalitet for alle. *Man bør vurdere fastlønna leger i kommunen igjen.* Det bør legges til rette for at fastlegene kan ta mer av de lettere tilfellene av psykiske lidelser. *De bør få økt kompetanse, f.eks i kognitiv terapi, og det må flere fastleger til sånn at de kan bruke mer tid på hver pasient.*

### **40. Kvalitet i tjenesten**

I et urbant samfunn er det økt travelhet. Mer av omsorgen er overlatt til det offentlige. Da er vi avhengige av et velfungerende hjelpeapparatet. Empirien gir mange gode forslag til hvordan få et bedre fungerende hjelpeapparat: Fra vugge til grav-tankegangen bør være førende. Det krever samhandling for å ivareta helheten. Det er viktig å beholde fagpersoner over tid, for å sikre kontinuiteten. Det bør bli bedre kvalitetskontroll. *Ingen stiller spørsmål til hvorfor folk ikke blir bra etter å ha gått lang tid til behandling.* Det er også større fare for feilbehandling grunnet at folk kommer fra ulike kulturer, og hjelpeapparatet kjenner ikke beboerne og deres behov. *Det var helt anderledes før. Da kjente jeg de fleste og visste stort sett hva de hadde behov for.*

Helsetjenesten er ikke gode til å se det helhetlige pasientforløpet. Spesialisthelsetjenesten drives ut fra industrielle prinsipper. Det gjør at mange ikke får den hjelpen de trenger, og trykket øker på kommunens tjenestetilbud. *Det bør føres statistikk over innbyggerne i Ullensaker sin helsetilstand, og ut fra det lage folkehelseplan.*

### **41. Hvilke typer tjenester?**

*En kommune i vekst har voksesmerter.* Vi må finne ut hva det gjelder og iverksette tiltak. *Infrastrukturen har problemer med å følge den raske veksten.* Samtidig er det snakk om en

ressurssterk kommune, noe som kommer innbyggerne til gode. *Kommunen har satset mye på å bygge opp det psykiske helsevernet*, et område som er en stor utfordring for en kommune i vekst og endring. *Det er et godt tilbud*. Samtidig er psykiatri et vanskelig dokumenterbart område, og kan lett bli nedprioritert økonomisk. Ullensaker har et viktig tilbud for rusklienter, og pleie- og omsorgstilbudet til eldre er godt utbygd. Det er også etablert en alderspsykiatrisk avdeling i kommunen. Kommunen prioriterer i stor grad støttetiltak for barn og unge.

Det empiriske materialet viser til følgende tiltak, som man bør satse på: Flere boliger med bemanning for unge i 18-20 års-alderen som sliter med rus / psykiatri. Ulike tilbud til fremmedkulturelle, som det stadig blir flere av i kommunen. Tilbud til eldre som sliter med sorg og kriser. Kulturtilbud som innebærer aktivitet, nettverk og møteplasser for de med psykisk uhelse. *Det burde etableres et service-kontor, der nye innflyttere får hjelp og oppfølging til å finne seg til rette i det nye samfunnet*.

## **42. Innholdet i tjenestene**

Kommunen har et godt og variert tilbud til de som sliter med psykisk uhelse. *Det er imidlertid nødvendig å lage en handlingsplan for tilbudet til innbyggerne*. Undersøkelsens materiale inneholder mange forslag til forbedringstiltak: Man kan vurdere om det er en ide å dele tjenestene i kommunen ytterligere opp i regioner. Det bør være mer bemanning på skolene, slik at lærerne kan klare å fange opp de familien som sliter. Flere sosiallærere ville være nyttig. Musikk- og kunstterapeuter bør inkluderes i helse-, sosial- og barnehagesammenheng, og *det bør etableres* ordninger med fritidsassistenter som kan følge opp personer som trenger hjelp til å komme i aktivitet. Det bør drives mestringskurs, som kan gjøre folk bedre i stand til å mestre hverdagen. Man bør ha kurs eller grupper hvor folk kan komme sammen for å finne ut av problemene, med en kursholder som veileder. Det er behov for *møteplasser hvor alle kan komme*, og det er behov for *likemannsgrupper* for folk med samme problemstilling kan møtes under profesjonell veileder. Man kan lage selvhjelpsgrupper, gjerne basert på aktivitet, som kan springe ut fra psykiatritjenesten eller legekontorer. Noen trenger også ledsager som kan gi dem oppfølging på vegen mot å bygge seg opp nye nettverk. Det er også store mangler på tilbud til de eldre som trenger hjelp fra 2.linjen. *Tjenesteytere bør ha holdning til brukerne som medmennesker, og det bør være jevnlig kontakt*.

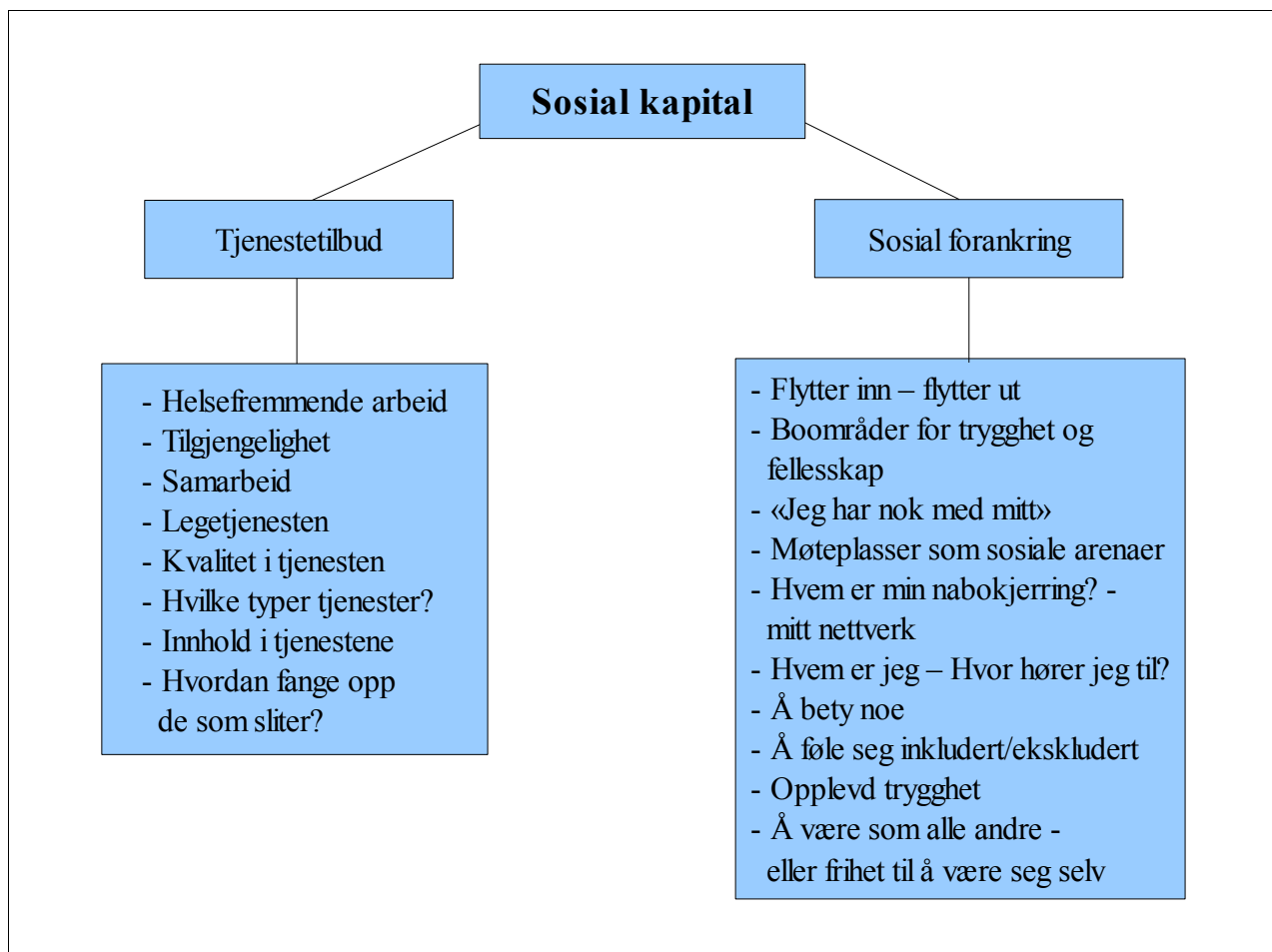
## **43. Hvordan fange opp de som sliter?**

I en kommune i vekst og endring kan det være en utfordring å fange opp de som sliter. Vi har en utmerket utetjeneste som fanger opp mange, og vi har ambulant team både innen rus og

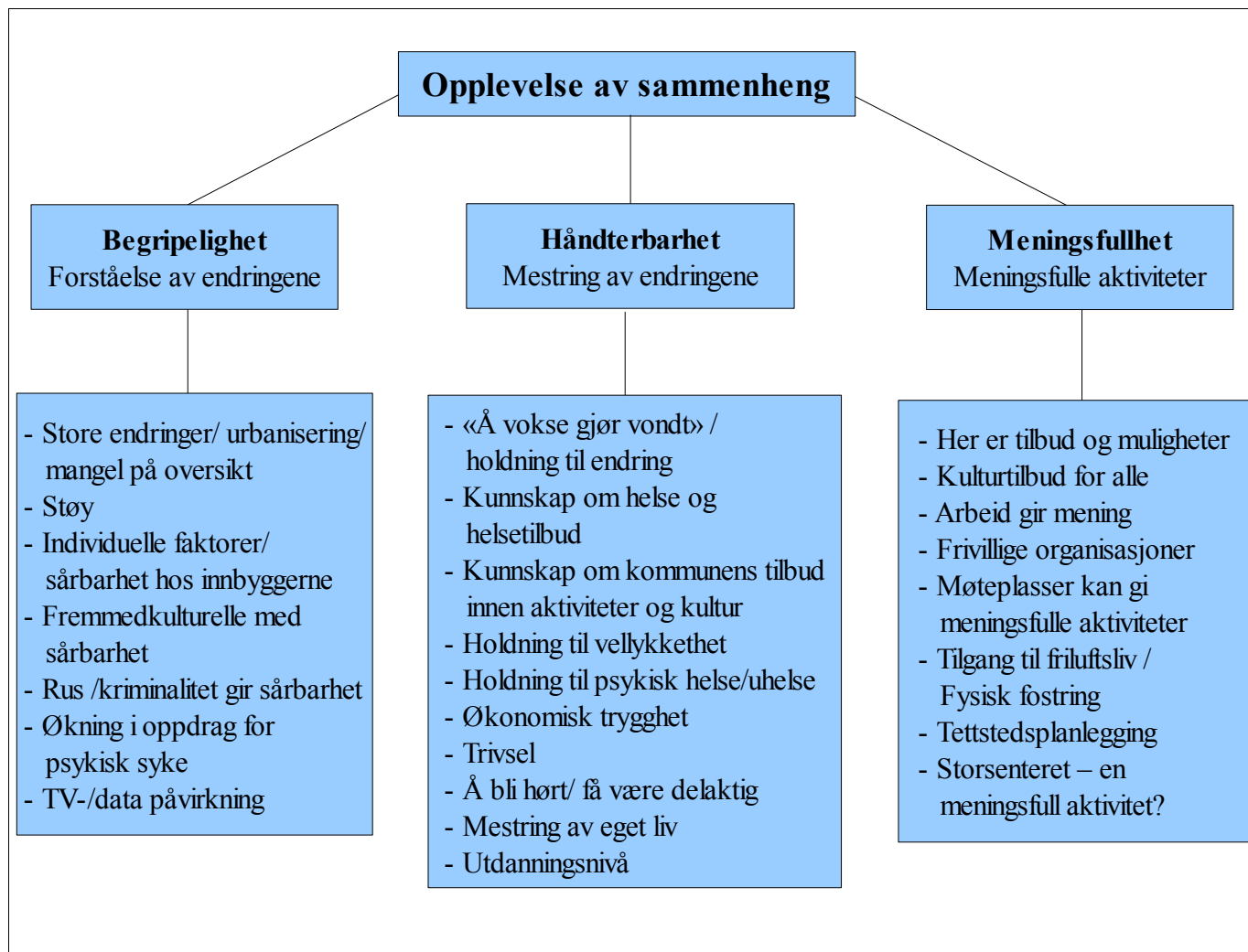
psykiatri. Diakonen er også god på å få tak i de som har det vanskelig. Skoleklasser er imidlertid blitt så store at man klarer ikke følge opp alle elevene og familiene får ikke den hjelpen de trenger. Og mange eldre sliter med sorg og kriser og får ikke det tilbudet de har behov for.

## 8. Diskusjon

Hovedkategoriene som empirien er opptatt av er meningsfulle aktiviteter, sosial forankring, mestring av endringene, forståelse av endringene og tjenestetilbud. Dette er temaer som faller inn under to sentrale teoretiske begreper av betydning for psykisk helse; sosial kapital og opplevelse av sammenheng (OAS) (se figur 3 og 4). I følgende avsnitt kommer derfor empiriske hoved- og subkategorier å relateres til og diskuteres utifra begge disse teoretiske begrepene. Det skjer ikke gjennom noen systematisk gjennomgang kategori for kategori. Noen av kategoriene nevner jeg eksplisitt i diskusjonen. Andre veves implisitt inn i teksten. Diskusjonen i sin helhet hviler dog på det empiriske materialet og på den systematikk som fremgår av presentasjonen i kapittel 7.



Figur 3: viser forbindelsen mellom subkategorier og hovedkategorier og sosial kapital



**Figur 4 viser sammenhengen mellom subkategorier og hovedkategorier og OAS**

Det er viktig å være klar over at selv om subkategoriene er selvstendige og uteslutter hverandre, så er det i det virkelige liv ikke noe totalt skille mellom disse. Mennesket er en helhet som er påvirket av den kontekst det lever i. Det betyr at det er en gjensidig påvirkning mellom de aspektene som fører til menneskets opplevelse av sammenheng (OAS) og den sosiale kapitalen mennesket besitter, både eksternt og internt. Jeg har likevel valgt å dele diskusjonsdelen av studiet innenfor de to hovedområdene.

## **8.1 Hva skjer med innbyggernes sosiale kapital i et samfunn i endring og vekst – og hvilke konsekvenser kan dette få for deres psykiske helse?**

### **Sosial forankring:**

Trygg bolig og trygge boområder er en forutsetning for psykisk helse. Om dette synes både empiri og teori å være samstemte. Forskningen i Maastricht viser til at det er selve naboskapet

som er av størst betydning (Mckenzie & Harpham, 2006). Også Worrens undersøkelse (1986) innen helseforebygging/helsefremming konkluderer med at boforhold er viktigst, og på Neskollen erfarte de det samme (Nasjonalt folkehelseinstitutt & Nes kommune, 2005). Men som mine informanter har påpekt; det tar tid før et bomiljø setter seg og folk føler seg trygge. I et samfunn i rask vekst må man stadig forholde seg til nye mennesker, som kommer fra andre miljøer, andre kulturer, med andre vaner, osv. Eriksen (2006) knytter ordet «trygghet» opp mot tillit til omgivelsene og sosial tilhørighet. Hvordan går det med disse to anliggende når omgivelsene stadig får nye innflyttere. Og ikke nok med det; det er svært mange som både flytter ut og inn. Det er en høy mobilitet. Brukerundersøkelsen viser et lavere skår enn landsgjennomsnittet på trygghet. Empirien gir uttrykk for, at like mye som veksten er en risikofaktor for psykisk helse, kan mobiliteten i lokalmiljøet føre til en distansering fra nærmiljøet og en manglende stabilitet i forhold til nettverk. Hammerfest-samfunnet opplevde dette ved at flere innbyggere tok kontakt med krisesentre (Olsen, 2006). Mobiliteten kan dermed være en belastning og en risiko for psykisk helse. Noe, som ifølge Rogers et al. sitt studie (2008), fører til at innbyggerne velger ulike typer mestringstrategier for å håndtere utryggheten. For noen kan dette resultere i isolasjon. Eriksen (2006) beskriver hvordan Peer Gynt og Brand valgte hver sin strategi for å mestre utryggheten. Peer Gynt flyktet fra den. Han ønsket frihet. Mens Brand forsaket det meste i forsøk på å skape forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet. Det handler om å skape seg en trygghet i forhold til omgivelsene, og ulike individer velger ulike strategier. Eriksen viser til at mulighetene er mer varierte for et individ som håndterer et liv med mer usikker sosialitet (ibid), som i samfunn preget av raske endringer (ibid), enn de som er avhengig av de forutsigbare rutinene. Men det krever, som Bauman sier, at man hele tiden må omforhandle nettverk (2006). Identiteten blir et «uoppfylt prosjekt» (ibid, s.43), en endeløs kamp, hvor man risikerer selvbekreftelse og selvforakt, dersom man ikke håndterer kampen. De sårbare blir mer utsatt. Man får ikke nødvendig tid til å oppleve trygghet. Per Gynts liv ble turbulent og kaotisk og uten trygghet. Brand, derimot, tviholdt på tryggheten; «Meg selv jeg taper hvis jeg viger» (Ibsen, 2005:76). Han hadde manglende tillit til andre, og, som Hummelvoll sier, det fører lett til passivitet og kan føre til isolasjon og uhelse.

Forskning er ikke entydig i betydningen av sosial kapital. I Gospel Oak opplevde man høyere grad av psykiske lidelser til tross for høy sosial kapital (McKenzie & Harpham, 2006). Det kan tyde på at andre faktorer enn trygge og stabile nabolag spiller inn. Individuelle faktorer synes å være av betydning. Dette stemmer med flere av de andre forskningene, bl.a. studiet i

bydelen i Oslo (Wel, 2005). Informantene er også tydelige på at hvordan hver enkelt innbygger håndterer situasjonen, varierer ut fra individuelle ressurser. De påpeker at mange innbyggere liker utviklingen. Dette er i overensstemmelse med brukerundersøkelsen, der kommunene skårer høyt på bomiljø.

Boområdene har i tillegg en viktig funksjon som nettverksbygger og i å skape fellesskap og god psykisk helse. Det handler om forholdet mellom menneskene som bor i området. Putnams studier (2000) viser at samholdet og den sosiale støtten man får gjennom uformelle relasjoner og regelmessig samhandling (bonding) er beskyttende. I tillegg representerer nettverket praktisk hjelp og råd og veiledning. Coleman sier: «An important form of social capital is the potential for information that inheres in social relations. Information is important in providing a basis for action» (1990:310). Brown og Harris studie bekrefter at de med lav sosial støtte får lettere depresjon under stress (Rønning & Starrin, 2009). Mæland og Westin (2009) viser til at de med svakt nettverk oftere får psykiske plager. Flere av forskningsrapportene peker på nytteverdien av nettverk og fellesskap i nabolaget som en beskyttende faktor. I mitt studie er mange av informantene opptatt av «nabokjerringa». De mener mennesker trenger noen å prate med og som bryr seg om vedkommende; noen som gir trygghet, støtte og avlastning. Et slikt nettverk vil virke beskyttende når man utsettes for belastninger. Dette bekreftes i tidligere forskning og i teori. Mobiliteten i Ullensaker fører til at nabokjerringa blir borte, sier informantene. Man får flere bekjente, men færre nære venner. De fleste har heller ikke familie i nærheten. Det er ingen kultur for å bli kjent med de nye, og ensomhet og psykisk uhelse kan bli et resultatet. Empirien viser imidlertid også til at generell utvikling i samfunnet trolig bidrar til tendensen til at folk ikke bryr seg så mye, ikke stikker innom hverandre, ikke går inn for å bli kjent med naboene. Det er et resultat av det moderne samfunns travelhet og individualisering. Dette stemmer med Baumans teorier om det moderne samfunn (Bauman et al., 2006), men også med teori om urbanisering (Giddens & Birdshall, 2003). Et samlet materiale tyder på at dette er en utvikling som blir forsterket i et område som utsettes for sterk vekst og urbanisering, og at individualiseringen og moderniseringen kan bli en trussel mot folks psykiske helse. Ut fra Anthony Giddens (2001) teori, er Ullensaker et samfunn i urbanisering, selv om det ikke er en storby. Man finner mange av de samme trekkene.

Den fysiske utformingen av bomiljøet og lokalsamfunnet blir i empirien fremhevet som viktig og betydningsfullt for livsstil, tilgjengelighet til andre fasiliteter og tilgang til materielle ressurser. Ikke minst er mine informanter opptatt av at det lages fellesarealer tilknyttet

boområdene. De viser til at flere steder mangler friområder og fellesarealer, og innbyggerne blir sittende i hver sine leiligheter uten å bli kjent. Både forskning og empiri tyder imidlertid også på at det ikke alltid er lett å få alle med på fellesaktiviteter. Ofte er det de mest sårbare, de som sliter psykisk, som ikke deltar. Det kan tyde på at man bare i begrenset grad klarer å fange opp de som allerede sliter med psykisk uhelse, ved hjelp av fellesarealer og felles arrangementer. Ikke desto mindre er det godt hold i både empiri, forskning og teori på at å legge tilrette for dannelse av fellesskap og samhold i bomiljøer kan virke helsefremmende. «We need to reconnect...», sier Putnam (2000:28). Dette gjelder ikke minst i en vekstkommune som Ullensaker, der mobiliteten i bomiljøene synes å være en risikofaktor.

Hva er det da med disse fellesskapene som er så vesentlig for folk? Empirien tyder på at det å høre til et sted, å ha røtter, felles historie, å føle tilknytning er beskyttende for psykisk helse. Det handler om identitet, om å bety noe i en sammenheng og å føle seg inkludert. De store endringene i Ullensaker-samfunnet kan bidra til en opplevelse av å være fremmed i egen «bygd». Flere informanter nevner at de ikke kjenner noen når de går på Jessheim lenger. De møter ingen som spør hvordan de har det. De betyr ikke noe lenger. Man blir lett usynlig. Identiteten slår sprekker. Dersom man er disponert, er man mer utsatt for psykisk uhelse. Det er imidlertid positivt at kommunen har fokus på å drive med identitetsbygging, noe som kan virke beskyttende. Man gis, som Hovland sier, en mulighet til å reforhandle sin identitet (1999); Å finne ut hvem er jeg, i forhold til andre. Teorien gir støtte for at det å føle identitet til en gruppe kan oppleves som en styrke. I tillegg representerer fellesskapet trygghet og sosial støtte, og samholdet i seg selv kan beskytte mot psykisk uhelse (Putnam, 2000) og (Rønning & Starrin, 2009). Men ikke alle relasjoner eller fellesskap er bra. Noen familieforhold eller andre tette relasjoner kan være en belastning for individet. Man kan oppleve å bli ekskludert. Mine informanter er tydelige på at Ullensaker-samfunnet ikke har tradisjon på å være gode på å inkludere nye innflyttere. De nye representerer noe fremmed, noe utrygt, og kanskje flytter de snart igjen. Denne holdningen kan være en risiko for psykisk helse.

Ulike typer sosial kapital kan være nyttige i ulike sammenhenger (Putnam, 2000). Det er ikke bare det nære nettverket og fellesskapet (den tykke kapitalen) som er vesentlig for innbyggernes helse. Også tynn kapital, dvs. fellesskap der man bare samhandler på et område/en arena, som en streng som binder samfunnet sammen (Rønning & Starrin, 2009) er av stor betydning. Den utvider radiusen for samhandling og skaper tillit i samfunnet. Dette kan knyttes opp mot sterke og svake sosiale bånd. Berkman & Breslow (1983) viser til at

svake bånd kan være nyttig når man trenger ny informasjon eller nye kontakter. Man trenger de svake båndene. På denne måten unngår man de såkalte «strukturelle hull» (ibid, s.27), som lett kan føre til mistillit og konflikter mellom ulike grupperinger.

For å bygge både tykk og tynn kapital i et lokalsamfunn synes det å være vesentlig å lage møteplasser, og man må ha møteplasser av ulik karakter. I forhold til betydningen av dette, er empirien samlet. På møteplasser kan man bygge nettverk, finne fellesskap og få mulighet til å bety noe. Det kan bidra til at man takler ting i livet bedre, og man får en helsefremmende effekt. Ifølge Bourdieu vil tilgang til en kapitalform kunne føre til at man får økt tilgang til andre kapitalformer (Mæland og Westin, 2009). Man kan altså hjelpe folk til å få ytterligere tilgang til sosial kapital, dersom man først klarer å få de med i en sammenheng. Vi snakker om bonding og bridging kapital. De sosiale fellesskapene på møteplassene kan bidra til at man opplever tillit, får tilgang til annen nyttig informasjon og man vil få del i normer som bidrar til tilgang til andre ressurser (jmf.Coleman) (ibid). Slik tillit vil, ifølge Putnam (2000) bidra til velfungerende nettverk med gjensidighet og ærlighet. Det vil kunne medvirke til et godt og trygt samfunn, der folk er aktivt deltakende, er tolerante og har respekt for hverandre. Man vil ha et samfunn preget av tillit, normer og nettverk, og det blir en gjensidighet mellom sosial kapital og psykisk helse. I et slikt samfunn vil man, ifølge empirien, lettere fange opp de som har det vanskelig.

Empirien tyder imidlertid på at det ikke er lett å fange opp alle gjennom å skape møteplasser. Dette støttes av Hovengen sitt studie i Oslo (1998), som viser til at beboere med mye psykiske plager ikke deltok i kontaktskapende aktiviteter. Forskning viser også at inntektsulikhet kan gi kompensering i reduksjon på sosial kapital. Man isolerer seg eller trekker seg unna de sosiale arenaene. Berry (2008) konkluderer i sitt studie i at mental helse-fremmende arbeid må, for å være effektivt, tilpasses målgruppen. Det er det empirien sier; Det finnes mange gode møteplasser i Ullensaker; i kirken, innenfor psykisk helsevern, for foreldre og barn, på kafeer, osv. I tillegg har man et mangfoldig tilbud innenfor en mengde frivillige organisasjoner. Ifølge Putnam (2000) skulle det tyde på at det til tross for veksten, moderniseringen og urbaniseringen, er høy grad av tillit i samfunnet. Kommunen har også mange flotte kulturtilbud, som blir aktivt markedsført. Men mange av tilbudene koster penger, og som en av informantene påpekte; For å fange opp de sårbare, bør det være møteplasser som er gratis. Dette tyder på at man har en viktig oppgave i å jobbe videre med å lage møteplasser som passer for det mangfoldet av mennesker, som nå bor i kommunen.



Det fysiske miljøet i både boområder og i lokalsamfunnet ellers har ifølge mine informanter betydning for innbyggernes opplevelse av tilhørighet, identitet og deres mulighet til å bygge opp sosial kapital. Både teorien og tidligere forskning støtter opp om denne tankegangen. Usher sin forskning (Mckenzie & Harpham, 2006) viser til at den territoriale fungeringen av nabolaget, at det er velstelt og ordnet, kan være en faktor som påvirker opplevelse av sosial kapital, og sosioøkonomiske forhold har betydning for innbyggernes tillit til nærmiljøet. Dette støttes av flere andre studier som viser at boligforringelse og utformingen av de fysiske omgivelsene påvirker innbyggernes opplevelse av trygghet og velbefinnende. En konsekvens kan bli økt kriminalitet, slik man opplevde i Roseto (Wolf & Bruhn, 1993). Putnam (2000) viser til hvordan tillit og trygghet i et samfunn gir mindre kriminalitet. I Ullensaker har man fått mye blokkbebyggelse med leiligheter, og boområder med svært tett bebyggelse. Det bor mange mennesker på et lite område. Og mange flytter både inn og ut. Identiteten, nettverket, tilliten i nærmiljøet rekker ikke å sette seg. Empirien viser til at den sosiale kapitalen er redusert og at Ullensaker har opplevd en sterk økning i kriminalitet. Dette kan gi en negativ vekselvirkning.

De fysiske forhold påvirker folks opplevelse av tilhørighet; det lille intime tettstedet, Jessheim, har endret seg, friluftsområder er blitt bebyggelse, man har fått blokker, bydeler bygges opp, og et digert kjøpesenteret troner midt i sentrum. Det handler om identitet; «å vite hvem man er og hvor man hører hjemme», sier informantene. Å ha en historie sammen med noen, er en beskyttelse i et slikt samfunn. I Ullensaker er det fokus på å ivareta kulturminner og man har mange signalbygg. Det skaper identitet, ifølge empirien. Det kan være en beskyttende faktor i et moderne samfunn hvor identiteten stadig må reforhandles. Høgmo viser til at det kan være en styrke å kunne knytte identiteten til et lokalsamfunn, å ha en «kulturell identitet» (1998:24). Kulturminner og signalbygg kan bidra til at innbyggerne finner sin identitet til tross for den urbane, moderne og rastløse kulturen.

### **Tjenestetilbudet:**

Empirien tyder på at det jobbes for lite helsefremmende, og sier der er tydelig at i en kommune i endring og vekst er det ekstra viktig med et godt og tilgjengelig tjenestetilbud for innbyggerne. Informantene merker at det er sterkt press på tjenestetilbudet, og et økt behov i befolkningen. Urbaniseringen har ført til lengre vei fra innbyggerne til tjenestene.

Infrastrukturen klarer ikke å følge med til tross for stadige omorganiseringer. Psykiske lidelser får utvikle seg. Putnams teori om bonding og bridging er relevant. I et samfunn hvor det blir mindre bonding, færre i det nære nettverket hvor folk kan få støtte, råd, veiledning osv., blir det større behov for profesjonelle hjelpere. Innbyggerne får større behov for formell kapital, bridging, som kan bli som en erstatning for mangel på nære relasjoner. Dette er i tråd med økningen i henvisninger, som psykisk helsevern opplever, og legers opplevelse av at folk kommer med de mest banale spørsmål. Spørsmål som man før tenkte at det var naturlig å gå til familie, nære venner med. Tallene fra psykisk helsevern viser også at hovedtyngden av de som blir henvist sliter med situasjonsbetingede psykiske plager eller angst/depresjon. Forskning (Heggedal, 2006; Putnam, 2000; Rønning & Starrin, 2009) viser til at det er disse lidelsene som lettest lar seg forebygge gjennom tilgang på sosial kapital. Dette stemmer med at svært mange av de henviste har lite nettverk, og en relativt høy andel lever alene. De mangler den emosjonelle støtten fra nærmiljøet.

Et annet interessant funn er at et flertall av de henviste har relativt lav utdanning. Det kan ha noe med flere faktorer å gjøre, bl.a. individuelle, som jeg kommer tilbake til senere. Men trolig har det også sammenheng med at de med høy utdanning har økt tilgang på formell sosial kapital (jmf. Bourdieu), posisjonell kapital, ja, i hele tatt det Putnam kaller tynn kapital (2000). Dette er i tråd med forskning som viser at det er mange faktorer som spiller inn, og Bourdieus tanker om at en kapitalform gir tilgang til andre kapitalformer (Rønning & Starrin, 2009). Informanten mener det er av stor betydning å fange opp de som har det vanskelig før psykisk lidelse får utvikle seg over tid. Nettverksbygging og tilgjengelige tjenester er nødvendig.

Empirien viser i tillegg til at vekst og utvikling kan bidra til økt tjenestetilgang. I Ullensaker har man fått DPS, noe som gir nærhet til tjenesteapparatet på spesialisthelsetjenestenivå (2. linjetjeneste) og i tillegg bidrar til at folk blir mer oppmerksom på denne type lidelser, og at det finnes hjelp å få. Det kommunale tjenesteapparatet opplever det også positivt å ha fått DPS i nærområdet. Det har lettet samarbeidet, noe man mener er en forutsetning både for forebygging og å gi et godt tilbud. Informantene opplever likevel store utfordringer i samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten. Men samarbeidsprosjekter er i gang, så man håper på bedring. Ifølge teorien handler dette om å gi innbyggerne posisjonell og formell kapital, ved at tilgang på en tjeneste kan bidra til bedre tjeneste også et annet sted (Rønning & Starrin, 2009). Man får bridging og unngår det som Putnam kaller strukturelle hull, hvor man kan gå glipp av viktig informasjon for bedring. Ut fra teori om moderne samfunn og urbanisering, hvor de nære båndene er blitt færre, man har fått løsere nettverk og folk bryr seg mindre om

hverandre, - man har fått mindre bonding,- synes det å være en nødvendighet at man i større grad må satse på å bygge opp bridging. Bridging, i denne sammenheng tjenesteapparatet, måtte erstatte de funksjonene som det nære, tette nettverket hadde tidligere.

Empirien gir uttrykk for at det er av største betydning at man har et fokus på kvalitet i tjenestetilbudet. Man må vite hvilke typer tjenester som er nødvendig og hva innholdet i disse skal være. Kommunen beskrives som en kommune med «voksesmerter».

Brukerundersøkelsen viser imidlertid at folk mener de har et godt servicetilbud. Informantene forteller at kommunen har et godt tilbud innen psykiske helsevern, rusomsorg, eldreomsorg og for barn. Men de gir uttrykk for bekymring for nedprioriteringer innen psykisk helse pga. at det er et vanskelig område å dokumentere for. Tidligere forskning gir hold for at det ikke er noe enkelt og entydigt svar på hva som gir psykisk helse/uhelse. Det er en sammenveving av ulike påvirkninger. Det blir da ekstra viktig at helsetjenestene følger Worrens (1986) råd om å være budbringere i forhold til sine erfaringer. Mæland (2005) påpeker viktigheten av, i kartleggingsarbeidet, også å lete etter ressursene som finnes i lokalsamfunnet. Dersom man følger Højrup (1989) tanker om livsform, og ser etter hvilke aktiviteter det er som representerer verdier hos innbyggerne; Hva som regnes som det gode liv, så kanskje man har større mulighet til å gjøre gode prioriteringer av hvilke tjenester man skal satse på.

Man kan lettere sikre kvalitetskontroll av tjenestene. Empirien er tydelige på at i et urbant samfunn er det økt travelhet og mer av omsorgen blir overlatt til det offentlige. Dette er i tråd med ovennevnte vurdering om økt behov for bridging. Informantene undrer seg imidlertid over at ingen stiller spørsmål til hvorfor folk ikke blir bra etter å ha gått lang tid til behandling. Det blir også påpekt at det er vanskeligere å gi riktig behandling når man ikke kjenner pasientene og de kommer fra ulike kulturer. Det henger sammen med, som Jakobsen og Karlsson (1993) sier, at mennesker som flytter til Ullensaker har ulik livsform. De har med seg sitt mønster for hvordan leve, en sosial struktur som fremstår som en kulturell forskjell. Det blir, som Højrup sier; «et agglomerat» (1989:72) av subkulturer innenfor den urbane livsformen.

Empirien ser flere mangler i tjenestetilbudet. Det kommenteres på at helsetjenesten drives ut fra industrielle prinsipper og at man ikke er gode til å se hele pasientforløpet. Dette fører til at mange ikke får det tilbudet de har behov for. Dette kan dels skyldes en stor og uoversiktlig befolkning, men det er en trend i hele samfunnet at økonomiske og industrielle prinsipper styrer helsetjenesten. Teori om urbanisering kan imidlertid tyde på at dette er tendenser som

forsterkes i et moderne samfunn.

### **De nye og de gamle innbyggerne:**

Man kan så undre seg om det er forskjell på de nye og de gamle innbyggerne når det gjelder utvikling og opprettholdelse av sosial kapital?

Informantene mener at de gamle innbyggerne trolig har bedre evne til ivaretagelse siden de har nettverket sitt rundt seg, selv om mobiliteten kan ha gjort at nettverket blir noe løsere. De har en fordel i at de er kjent i miljøet, og det er større sjanse for å bli fanget raskere opp dersom de blir syke. De finner også trolig lettere fram i tjenesteapparatet. I tillegg har de beskyttelse i at de har røtter, felles historie, føler tilknytning og dermed også har sin identitet knyttet til stedet, og til fellesskap. Det gir økt trygghet. Kanskje har de tatt det med seg det rurale inn i det urbane (Larsen, 1997) for å vedlikeholde sin identitet, og på den måten skapt sin subkultur som virker helsefremmende. De kan da trolig ha beholdt sine tradisjonelle hjelpeformer som bygger på det personlige nettverk (Bäck-Wiklund & Lindfors, 1990). Men det er også mange av de «gamle» innbyggerne som føler det utrygt med de store endringene, og empirien beskriver at noen opplever en «fremmedgjøringsfølelse». De føler å ikke bety noe lenger, og identitetsfølelsen kan svekkes. I tillegg kan de oppleve det som en belastning å stadig måtte forholde seg til nye innbyggere, og for noen blir det en utrygghetsfaktor. Medias store oppslag om økt kriminalitet bygger opp om dette.

Mange nyinnflyttede mangler nettverk som kan stille opp når det skjer noe. De flytter til kommunen for å få jobb. De har ofte ingen tilknytning eller identitet knyttet til området, og er kanskje heller ikke del av noe fellesskap. De har ingen felles historie. De kan lett bli ensomme, og empirien tyder på at de kan være ekstra utsatt for psykisk uhelse, dersom de utsettes for belastning og ellers er likt disponert. De blir lett usynlige i en slik vekstkommune. Og å ikke bli sett eller ha nettverk kan være en stor risiko for psykisk helse. I tillegg har ikke Ullensaker tradisjon for å inkludere nye innbyggere. Nyinnflytterne har en fordel i at de ikke har opplevd endringene i samfunnet, og de har selv valgt å flytte til et samfunn i vekst.

Ut fra empiri, teori og forskning skulle man tro at de nyinnflyttede til kommunen er mer utsatt for psykisk uhelse. Mye tyder på at de har lav sosial kapital og at tjenesteapparatet er mindre tilgjengelig for dem. Men forskningen viser ikke noe entydig bilde i forhold til sosial kapitalens betydning alene. Det er nødvendig å ta i betraktning andre faktorer i tillegg. Tall fra de som er

henvist psykisk helsevern i Ullensaker viser at det ikke er noe tydelig skille mellom de som har bodd i kommunen i kort tid og de som har bodd der lengre. Det kan se ut som det er andre faktorer som er av vesentlig større betydning.

### **Sammenfatning:**

I gjennomgangen av hva som skjer med innbyggernes sosiale kapital, har jeg hatt som utgangspunkt at sosial kapital styrker innbyggernes psykiske helse. Empirien gir klare føringer for at identitet, trygghet, nettverk, sosial forankring og tilgang til de nødvendige tjenester er vesentlig for innbyggernes opplevelse av velbefinnende og psykiske helse. Informantene er likevel tydelige på at andre individuelle faktorer også har betydning. Det er dermed ikke slik at sosial kapital alene er nok. Dette inntrykket bekreftes av tidligere studier. Noen studier viser til og med at andre faktorer har større påvirkning på psykisk helse enn sosial kapital. Uansett gir både empiri, teori og tidligere forskning klare føringer for at sosial kapital er en vesentlig faktor, som ofte bidrar til opprettholdelse av psykisk helse. Forskning tyder også på en vekselvirkning mellom sosial kapital og materielle goder. De som har god økonomi har lettere tilgang til sosial kapital og omvendt. Det blir dermed lettere forskjell på fattig og rik.

Det ser i tillegg ut til å være et gjensidig forhold mellom sosial kapital og psykisk helse. Dvs. at har man god sosial kapital, kan det bidra til psykisk helse. Og det å ha psykisk helse kan igjen bidra til at man får høyere sosial kapital.

Vi skal nå se nærmere på hvordan endringene i samfunnet påvirker innbyggernes opplevelse av sammenheng (OAS).

## **8.2 Hva skjer med innbyggernes opplevelse av sammenheng (OAS) i et samfunn i endring og vekst – og hvilke konsekvenser kan dette få for deres psykiske helse?**

Opplevelse av sammenheng (OAS) består ifølge Antonovsky av tre sentrale områder; Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det handler om «evnen til å nyttegjøre seg sin egen totale situasjon og egen kapasitet til å bruke tilgjengelige ressurser» (Larsen, Alvik, Hagestad, Nylenna, 2008:456), enten det er indre eller ytre ressurser. Alle studiene fra min forskningsgjennomgang er entydige i at det er en positiv sammenheng mellom OAS og psykisk helse. Forskning fra sosial kapital viser at det synes å være mange individuelle faktorer som spiller inn. Informantenes utsagn faller i stor grad innenfor områdene for OAS.

Det kan dermed tyde på at de individuelle faktorene hovedsaklig handler om opplevelse av sammenheng. Diskusjonen om OAS forutsetter likevel i noen tilfeller at strukturelle og kollektive fenomener også belyses. Kapittelet belyser dermed ikke bare individuelle forhold.

### **Begripelighet:**

Informantene snakket om hvordan innbyggerne «forstår endringene» og hva som påvirker deres forståelse (*begripelighet*). De viser til at for mennesker som har stort behov for kontroll og oversikt kan det være en belastning å leve i et samfunn i så rask endring. De kan miste balansen og ikke alle får fotfeste igjen. Uten nettverk vil disse innbyggerne være særlig utsatt. Empirien tyder på at endringene vil føre til reell økt forekomst av psykiske lidelser, og da særlig de lettere lidelsene. Dette stemmer med teori om at det er de lettere psykiske lidelsene, som angst og depresjon, som er mest utsatt for miljøpåvirkning. Tall fra Ullensaker psykisk helsevern bekrefter at det er disse lidelsene som øker mest. Man kan undre seg på om dette handler om at leger henviser de «letteste» lidelsene til kommunens helsetilbud, mens de «tyngre» lidelsene blir henvist DPS. Imidlertid har også DPS opplevd en voldsom økning i henvisninger.

Rus blir i empirien nevnt som en egen risikofaktor. Man opplever at stadig flere unge får psykiske lidelser som følge av nye rusmidler, og Jessheim, som sentrumregion, ser ut til å tiltrekke seg innflyttere med psykososiale problemer og rusproblemer. Man har også erfart en økt kriminalitet. En av informantene har opplevd at det også kan være rotfesta rusmiljø i et lite og stabilt miljø. Vedkommende er usikker på om mobiliteten fører til rus. De andre informantene er imidlertid tydelige på at et miljø i vekst og urbanisering tiltrekker seg sånn type problematikk. Både Durkheims teori om normene som forsvinner i et samfunn i anomi (2001), og Baumans flytende modernitet (2006) støtter denne tanken. En samlet empiri mener at rusmidler påvirker menneskers måte å møte omgivelsene på. Det kan da synes som det er en tosidighet i denne problematikken. På den ene siden tiltrekker en kommune i vekst seg mennesker med belastninger, kanskje som følge av kunnskap om at det er lettere å bli usynlig, ikke bli stigmatisert i et moderne, urbant samfunn. Samtidig kan livet i et slikt samfunn utgjøre en risikofaktor for disse innbyggerne, da de som følge av sin reduserte OAS, har redusert evne til å forholde seg til livet i det moderne samfunnet på en måte som gir dem helsegevinst. I tillegg er et slikt samfunn mer gjennomskiktig og det er vanskeligere å fange dem opp. Problemene får utvikle seg over tid. Både empiri og teori tyder i tillegg på at Ullensaker fortsatt ikke er større enn at mange mennesker opplever stigmatisering. De blir avvist av omgivelsene, og deres sosiale kapital er ofte liten. Dette kan igjen påvirker OAS og

gi redusert mulighet til myndiggjøring (empowerment). Disse menneskene er trolig lite beskyttet av faktorene fra Taylors teori (Hummelvoll, 2004), - mening, mestring, selvaktelse, - dersom det skjer noe som truer deres trygghet. De står i fare for å få mindre selvaktelse. Ifølge teorien ser dette ut til å bli en vond spiral, som er vanskelig å snu, og som krever økt bevissthet og innsats fra hjelpeapparatet. Det er da interessant å merke seg at i Hovengens undersøkelsen i Oslo (1998) fant man at økt integrasjonsnivå ikke gav tilsvarende bedring i innbyggernes psykiske helsetilstand. Årsaken var at mange sårbare innbyggerne ikke deltok i kontaktskapende aktiviteter.

Informantene opplever en tendens til at mange utsatte grupper mennesker flytter til Ullensaker. Mange er unge. Et høyt antall utleieleiligheter tiltrekker seg vanskeligstilte, som kanskje kommer hit med sårbarhet som følge av arv og miljøpåvirkning. Ikke minst gjelder det de stadig større gruppene med fremmedkulturelle som bosetter seg i kommunen. Informantene mener at for alle innflytterne er det en risiko å komme ny til en kommune som Ullensaker og ikke ha nettverk. De kommer til et samfunn preget av individualisme. I følge teorien er det et Gesellschaft-samfunn, som har mer fokus på de individuelle behovene, basert på økonomiske prinsipper, enn på felles verdier og normer, støtte og emosjonell involvering (Drevdahl 2002). Den tradisjonelle kontrollen oppløses, og samfunnet får drag av anomi (Durkheim & Østerberg, 2001). De som har lav grad av OAS er utsatt for å få psykisk uhelse. I dette samfunnet må mange mennesker leve marginalisert, i et grenseland, for å bli akseptert, og man må forhandle seg fram til en ny identitet (Hovland, 1999). Det handler om å bli akseptert og få være delaktig i sitt eget liv. Samtidig som de strever med å holde på sin historiske identitet, for å føle seg hel som individ. Det kan se ut som Ullensaker ennå ikke er stor nok til at det er lett å skape seg slike små lokale nettverk. Trolig kan det da være økt risiko i et slikt samfunn, enn f.eks. i en større by som Oslo.

I tillegg til nevnte risikofaktorer for innbyggernes begripelighet, påpeker empirien at urbaniseringen fører til mer spesialisert samfunn, noe som gjør at folk blir mer hjelpetrengende. Dette kan påvirke opplevelse av begripelighet, trygghet, myndiggjøring og selvaktelse. Samfunnsutviklingen fører videre til en forskyvning av folks hjelpeformer (Bergström & Fog, 1996) fra det personlige til det profesjonelle. Politiet opplever økning i bistandsoppdrag der mennesker må innlegges på tvangsparagraf. De har mistet kontrollen, og hjelpeapparatet må overta. Selv om det er et nasjonalt fenomen, gir empirien hold for at det også er typisk for en kommune i vekst. Det kan synes som den nye livsformen (Højrup, 1989) kan føre til økt behov for bistand fra offentlige og profesjonelle instanser. Dette stemmer med

psykisk helseverns økning i henvisninger.

To andre sentrale områder som empirien har pekt på er; 1) Den økte trafikk- og støybelastningen som kan påvirke innbyggeres måte å forstå endringen på, og 2) En mer generell utvikling i det norske samfunnet mot en sterkere grad av data- og TV-påvirkning, noe som igjen kan bidra til forvrengte virkelighetsbilder og sårbarhet. Datamaterialet tyder på at begge disse faktorene representerer risiko for psykisk helse. Data-og TV-påvirkning er ikke spesielt for Ullensaker kommune.

### **Håndterbarhet:**

Når deg gjelder *mestring av endringene*, eller det som jeg har knyttet opp til Antonovskys *håndterbarhet*, er empirien rikholdig. Ullensaker blir betegnet som en kommune med «voksesmerter», der mange av innbyggerne ikke liker endringene. Kanskje særlig blant de som har bodd lenge i kommunen, opplever informantene negative holdninger til veksten. Noen opplever at endringene ødelegger lokalsamfunnet og har en innebygd motstand mot endring. Tilflyttingen er stor, og det er mange ulike grupper som bosetter seg i kommunen. De kjenner og forstår ikke hverandre lenger, slik som i et *Gemeinschaftsamfunn* (Drevdahl 2002). Mange kan oppleve at folk blir aggressive og uvennlige. Lokalsamfunnet er blitt uforutsigbart, utrygt og de trives ikke.

Men bildet er ikke ensidig. Noen både liker og tåler endringene, og brukerundersøkelser viser at folk trives. Ullensaker er et populært sted å bo. Mange av innflytterne er høykompetansegrupper og ifølge informantene ser de ut til å klare seg best. Tall fra Ullensaker psykisk helsevern viser at det ikke er de med høy kompetanse som henvises mest. Utdanning har betydning for psykisk helse. Det virker som om personlig håndtering av stress møtes på en annen måte når man har kunnskap. Det blir dermed større forskjell på folk. De som klarer å benytte seg av tilbudene, får mulighet til stadig å utvikle seg videre, mens de som ikke er like ressurssterke, vil mislykkes. Det blir tydeligere skille mellom fattig og rik, og mellom de vellykkede og de ikke vellykkede. Konkurransen blir tøffere. Informantene forteller om høye krav til vellykkethet i et moderne, urbant samfunn, og fallhøyden blir større dersom man ikke klarer å leve opp til disse kravene. I Ullensaker er det dyrt å bo. Svært mange må sette seg i stor gjeld for å få sine flotte boliger. Mange sliter med økonomiske bekymringer. NAV6 opplever økning i henvendelser fra folk som trenger økonomisk bistand og sliter med angst.

---

6 NAV = Arbeids og velferdsforvaltningen i Norge



Det handler også om å være «normale», sier informantene, å være som alle andre. Dette gjelder både i forhold til aktiviteter og økonomi. Den harde konkurransen både i arbeidslivet, i forhold til økonomi, boligpriser, vellykkethet kan være en stor belastning. Mange kan føle seg mindreverdig, og det igjen kan føre til isolasjon og psykisk uhelse. Ifølge Giddens (2003) blir det større forskjell mellom mennesker både i forhold til økonomi og helse i et samfunn i urbanisering. Empirien benevner det som et 2/3 samfunn, der de fleste har det bra. Det bidrar til at det blir verre for de som sliter. Man er ikke som majoriteten, de vellykkede. Mange vil føle seg marginalisert (Bauman, 2006) og står i fare for å føle seg ekskludert (Drevdahl, 2002). Og majoriteten vil trolig lage et skille. De vil poengtere annerledesheten. Man blir utsatt for et stigma (Goffmann, 1975). Det blir ikke lett å ha positiv selvoppfatning, være aktiv og utnytte sine ressurser (Hummelvoll et al., 2004) i en slik situasjon. Lundberg et al. sin forskning (2009) viser til et lavere nivå av selvaktelse, myndiggjøring og OAS som følge av stigma og avvísning. Med andre ord; Psykisk helse vil være i utsatt posisjon.

I Gemeinschaft-samfunnet er innbyggerne opptatt av å støtte hverandre. Slik er det ikke i Gesellschaft-samfunnet (Drevdahl 2002) eller i det urbane samfunnet (Giddens & Birdshall, 2003). Man bryr seg mindre om hverandre. Man er blitt en del av «den urbane livsform» (Høyrup, 1989). Det er på veg mot anomi (jmf. Durkheim), og de tradisjonelle normene er oppløst. Det er «den organiske solidariteten» som gjelder. (Durkheim & Østerberg, 2001), basert på økonomiske betingelser. Den kollektive balansen er endret. Det er individualiseringen som rå, og man tyr mer og mer til institusjonelle og offentlige hjelpeformer (Bergström & Fog, 1996). Man må kjøpe seg trygghet. Dette bekreftes av informantene. Innbyggere kommer med helt andre problemstillinger i dag enn tidligere. Det som nettverket tok seg av før, søker man nå hjelp til i hjelpeapparatet. Samtidig sier empirien at det er livsmestringsykdommene som øker mest, altså de lidelsene som påvirkes mest av miljø. Og å mestre eget liv er en forutsetning for psykisk helse, mener informantene, og viser til viktigheten av balanse mellom forutsigbarhet og uforutsigbarhet. Peter Hjorts definisjon «Helse er et overskudd i forhold til hverdagens krav» (Worren, 1986:51), blir aktuell. Mye tyder på at det kan være utfordrende å mestre eget liv og opparbeide seg overskudd i Ullensaker-samfunnet.

Det empiriske materialet gir hold for en annen side ved urbaniseringen; Den kan føre til en frihet til å være seg selv; «Man kan kle seg og være som man vil uten at folk bryr seg». Den enkelte kan få holde vedlike sin identitet, noe som kan gi opplevelse av myndiggjøring, av å ha kontroll over eget liv. Det kan gi en helsefremmende gevinst (Mæland, 2005). Imidlertid

stiller informantene spørsmål til om Ullensaker er blitt stor nok til å gi en slik effekt ennå. Claude Fisher er inne på samme tankegangen (Giddens & Birdsall, 2003). Informantene mener at kommunen fortsatt ikke er større enn at mange opplever stigmatisering som følge av gjenkjennelse.

Vi er da inne på hvilken holdninger folk har til psykisk helse/uhelse. Empirien mener at folk generelt i samfunnet har en annen holdning til helse i dag enn før. De oppfordres av samfunnet til å søke hjelp for det meste, og nesten alle livsbelastninger blir sykeliggjort. «Man har tatt fra folk trua på at de kan klare noe selv», og innbyggerne mener at samfunnet har plikt til å ta vare på helsa deres. I tillegg har det vært en avtabuisering i forhold til psykiske lidelser, særlig blant de yngre. Og informasjon har ført til at man er mer observant på psykiske lidelser enn før. Totalt har disse allmenne holdningene i det norske samfunnet trolig bidratt til økning av henvisninger, mener informantene. Det handler ikke om Ullensaker spesielt. Empirien er her samstemmig med teori og senere tids definisjoner på helse og psykisk helse. Hummelvoll (2004) viser til at helse er blitt en idealtilstand som det er usikkert om noen befinner seg i. Worren (1986) bekrefter dette når han i sin helseundersøkelse konkluderte med at folk så på helse som noe mer enn fravær av helseproblemer. Samfunnet har definert en idealtilstand for oss, og når vi ikke befinner oss i denne tilstanden, er det naturlig å oppsøke hjelp. Samfunnet har en viktig oppgave, mener Worren, i å lage helsebringende miljø og samfunn (ibid). Dette blir en utfordring i et samfunn i rask endring, hvor utvikling mot anomi rår (Durkheim & Østerberg, 2001), hvor normer for sosiale vilkår svekkes og hvor den mekaniske solidariteten er redusert. I tillegg lever folk i sin «flytende modernitet» (Bauman et al., 2006)), hvor enhver risiko skal kunne kalkuleres og beregnes, slik at man kan sikre seg (Eriksen, 2006). De får en evig kamp for å prøve å finne «løsningen» (Bauman et al., 2006) og oppnå livsmot, tilfredshet, mestring og lykken (Antonovsky & Lev, 2000). Uten nettverk blir det hjelpeinstansene innbyggerne må kontakte. Det kan dermed se ut som generelle holdninger i det norske samfunnet vil kreve større innsats fra tjenestetilbudet i en kommune i rask endring og vekst.

Innbyggernes kunnskaper om helse og helsetilbud påvirker innbyggernes håndtering av veksten, ifølge det empiriske materialet. Det kan synes som om personlig håndtering av stress møtes på en annen måte når man har kunnskap. Dette støttes av Lofors & Sundquist sitt studie (2006). De med høy utdanning har kunnskap om hvordan forholde seg til problemer. Hvis man ser på det å ha utdanning i sammenheng med å ha god økonomi, gir studie til Ziersch (2005) i Australia og studiet til Zimmermann & Bell (2005) i USA støtte til at det har positiv

effekt på psykisk helse.

En annen vesentlig forutsetning er at man vet hvor man kan få hjelp, at man har noen å rådspørre. I Ullensaker vet mange i dag at det finnes et utbygd psykiatritilbud. Dermed øker etterspørselen. Sentrale føringer og opptrappingsplanen har bidratt til informasjon, og også i denne sammenheng har de med høy utdanning gjerne bedre tilgang til informasjonen. En informant mener at mange med lav utdanning er mer vant til å ordne opp selv og ta vare på hverandre. Det kan være i tråd med teori, dersom man tenker at de med liten utdanning har ivaretatt mer av de «gamle» normene og den ”mekaniske” solidariteten (jmf Durkheim). Det stemmer derimot ikke med tall fra Psykisk helsevern, der det er de med lav utdanning som henvises mest. Teori fra Wallace and Wolf (2006) gir støtte for at unge personer og personer som ikke jobber eller er hjemmearbeidende, har vanskeligere for å håndtere daglige aktiviteter som krever tillit til at andre deltar (2006:369).

En skal være bevisst på at i en kommune i rask vekst, er det stadig behov for endringer av tjenestetilbudet, noe som resulterer i gjentatte omorganiseringer. Det kan gjøre det vanskeligere for folk å orientere seg, mener informantene, og det blir økt belastning for alle parter. Baumans teori påpeker at mennesker er avhengig av mønstre, rutiner og vegskilt, slik at vi slipper risiko (ibid). Kommunen er imidlertid, ifølge informantene, gode på å informere om aktiviteter og kulturtilbud som finnes. Det bidrar til oversikt og tilhørighet. Det kan virke beskyttende og bidra til å styrke den «kulturelle identiteten» (Larsen, 1997:37).

Empirien viser til at opplevelse av medbestemmelse, myndiggjøring, vil kunne redusere risiko for psykisk lidelse. Det betyr at i planlegging av nærmiljøet bør det legges til rette for deltakelse fra innbyggerne, eller som Mæland sier om helsefremmende arbeid; Det skal skje «...med aktiv medvirkning fra dem det gjelder» (2005:133). Håndterbarheten blir trolig økt.

### **Meningsfullhet:**

Antonovskys tredje, og kanskje viktigste, komponent, *meningsfullhet*, handler om menneskets tankemessige opplevelse av sammenheng i hele sin livssituasjon (Antonovsky & Lev.,2000). Å oppleve en motivasjon til å finne mening i livet er vesentlig. Det handler om å forstå, være villig til å bruke krefter på og ha mulighet til å kunne være delaktig i sitt eget liv. Det er flytende overganger mellom de tre komponentene i OAS, og kanskje kunne noen flere av subkategoriene like gjerne hørt inn under meningsfullhet. Meningsfullhet handler med andre ord om mer enn meningsfulle aktiviteter. Jeg har imidlertid valgt å se på aktiviteter som en måte å skape/øke innbyggernes meningsfullhet på.

### Aktiviteter som bidrar til meningsfullhet:

Empirien gir sterk støtte for at enkeltmennesket i Ullensaker har fått mye større mulighet til å utvikle seg, og samfunnet gir mange flere tilbud, som følge av veksten og at man har fått et moderne samfunn. Mange liker utviklingen. De har forstått endringene på en hensiktsmessig måte og funnet ressurser til å håndtere de på en måte som gjør at de klarer å dra nytte av tilbudene som finnes. De har funnet meningsfulle aktiviteter. Det handler om det som Antonovsky beskriver som «en stabil, vedvarende og generell innstilling til verden,...en grunninnstilling» (2000: 196). De har høy grad av OAS. Men det er ikke alle som klarer å benytte seg av tilbudene som finnes. Ut fra teorien ser det da ut til at disse menneskene har lav grad av OAS. De har en annen grunninnstilling, og er mer utsatt for psykisk uhelse.

Informantene bekrefter at meningsfulle aktiviteter er betydningsfullt for psykisk helse. Ikke minst kultur blir poengtert som vesentlig, da det «foredler mennesket både fysisk og mentalt» og gir energi og mening. Mæland bekrefter dette. Kultur kan «bidra til gjenvinning av funksjonsevne og helse» (2005:210). I teori om lokalsamfunnet ser vi at det knyttes til «kulturelt og sosialt fellesskap» (Hummelvoll et al., 2004:537), altså til blant annet lokalsamfunn. Det er noe som skal binde folk sammen og skape fellesskap. I lokalsamfunnet Ullensaker har man hatt en oppblomstring av kulturtilbudet de senere årene. Det er både godt, bredt, synlig og mangfoldig. Det er noe for enhver. Likevel erfarer man at ikke alle klarer å dra nytte av kulturtilbudene. Dette gjelder særlig de psykisk syke, som har lett for å bli sittende hjemme og isolerer seg. Studiet til Hovengen (1998) bekrefter at beboere med psykiske plager deltok i liten grad i trivselregulerende aktiviteter. De har ulike barrierer som må overvinnes, konkluderer Berry (2008) med i sin forskning om deltakelse i sosiale sammenhenger. Han mener at helsefremmende arbeid må, for å være effektivt tilpasses målgruppen. Det må foretas en kartlegging, sier informantene.

Meningsfull jobb er viktig for psykisk helse. I arbeidslivet i dag er det høye krav til mestring og omstillingsevne. Dette gjelder ikke bare Ullensaker, som er en kommune med mange arbeidsplasser og lav arbeidsledighet. Imidlertid blir det enda høyere tempo og større konkurranse i arbeidslivet i en slik kommune. Det er lett å mislykkes og mange går konkurs. Å ha en usikker arbeidsplass kan ifølge empirien gi en vedvarende utrygghet, som igjen er en risikofaktor for psykisk helse. Mange mister sitt arbeid. Eriksens (2006) teori om trygghetens betydning for mennesket, som «et kjerneanliggende», noe man strever etter hele livet for å få en trygg identitet i forhold til omgivelsene, støtter opp om at en slik arbeidssituasjon er en belastning for psykisk helse. Man kan, som en informant sier, føle hele livseksistensen som

truet.

Både empiri og teori gir støtte for at ulike interessefellesskap er nyttig for at alle skal kunne finne sitt sted der de kan delta i aktivitet, et fellesskap og bidra med noe. Jo flere tilbud man har, dess flere innbyggere når man trolig. Dette er forebyggende for psykisk helse, og frivillig arbeid er vesentlig i denne sammenheng. Det er imidlertid et interessant funn i forskningen til Osborne et al. (2009), der de fant at 14 av 30 kvinner rapporterer negative erfaringer med deltakelse i grupper/utvalg i lokalsamfunnet. Det ble knyttet opp til mange andre individuelle faktorer som kjønnsroller, morsidentitet m.m. Teorien påpeker at man får mindre frivillighet i et moderne/urbant samfunn, særlig om der finnes drag av anomi. Men Putnam (2000) sier at frivillig arbeidsinnsats tyder på mye tillit i samfunnet. I Ullensaker florerer det av frivillige organisasjoner og ulike aktiviteter. Det skulle tyde på et trygt lokalsamfunn preget av interesse for å bidra, men man opplever at de minst ressurssterke ikke kommer.

Antonovsky (2000) beskriver at meningsfullhet handler om å være involvert eller å være deltaker. Informantene beskriver betydningen av møteplasser for inkludering og fellesskap. Det handler om å kunne bidra og å kunne bety noe. Ullensaker har mange kulturtilbud, mange interesseorganisasjoner, en aktiv menighet og et bra dagtilbud for psykisk syke. Det er vesentlig å ha mange ulike typer møteplasser, både basert på interesser, aktiviteter, felles tro, felles situasjon eller hvor mennesker bare kan møtes for en kopp kaffe. Det varierer i hvilken grad man opplever at det lages møteplasser i forbindelse med boområder.

Empirien er delt på Storsenterets betydning for å skape en meningsfull tilværelse for innbyggerne. Noen mener det representerer en møteplass og en meningsfull aktivitet for mange innbyggere. Andre mener at kjøpesenteret kan virke fremmedgjørende, at det tiltrekker seg de som faller utenfor samfunnet. Sånn sett kan det ikke sies å representere meningsfullhet. Imidlertid er det i empirien enighet om at kafeene er møteplasser, hvor mange kan finne en type fellesskap, og det gjelder kanskje særlig de som ikke klarer å utnytte andre kulturtilbud. I tillegg er storsenteret aktiv bidragsyter i å gi folk opplevelser med artister og underholdning. Ifølge Antonovsky (2000) ligger meningsfullheten i folks motivasjons. Man må være interessert i å investere energi og engasjement. Mange mennesker trives med å være på senteret. I så måte må det sies å være en møteplass som representerer meningsfullhet. Mens det for andre kan gi fremmedgjøringsfølelse, og dermed være en risiko for tilhørighet og identitet. Senteret kan dermed representere både en risikofaktor og en beskyttelsesfaktor for psykisk helse.

Når man skal jobbe helsefremmende og styrke folks motstandskraft, slik at helsen blir en ressurs i det daglige livet, er tilrettelegging av omgivelsene vesentlig (Mæland, 2005). I dagens stillesittende samfunn er det nødvendig å legge til rette for friluftsliv og fysisk fostring. Man vil bli sterkere til å takle problemer og intensiteten blir mindre. Danneberg et al. sin forskning (2003) viser at fysisk miljø har betydning for psykisk helse. I Ullensaker har man nærhet til naturområder, og kommunen har fokus på å legge til rette for idrett og fysisk aktivitet, blant annet ved å lage sykkelveier. Noen opplever likevel at det er for lite friområder. Brukerundersøkelsen har lavt skår på miljø, natur og friluftsliv.

Tettstedplanlegging handler om å bygge et tettsted der mennesker kan trives, møtes og få en følelse av å bidra. Empirien gir hold for at planavdelingen har fokus på disse områdene, og er opptatt av å skape et byrom som gir helse. Dette er vesentlig for ikke å få «åndsforlatte mennesker». Det er i tråd med Antonovskys teori om å skape rom for meningsfullhet (2000). Kommunen arrangerer videre folkemøter, der innbyggerne får uttale seg om tettstedplanleggingen. Dette gir opplevelse av myndiggjøring. Innbyggerne får en opplevelse av å ha innflytelse og kontroll over endringene, noe som blant annet styrker selvtilit. Ut fra teorien skal myndiggjøring ha en positiv effekt på psykisk helse. Men, som empirien påpeker; Det er også viktig at innbyggernes uttalelser blir tatt vare på og tatt hensyn til.

### **De nye og de gamle innbyggerne:**

Empirien sier lite om de «gamle» innbyggernes sårbarhet i forhold å forstå endringene, men er tydelig på at innflytterne har økt risiko for uhelse. Dette er likevel ikke et ensidig bilde. Noen av de «gamle» innbyggerne har en negativ holdning til endringene. De trives ikke så godt lenger. Denne holdningen påvirker deres evne til å mestre tilværelsen. De har knyttet sin identitet til «bygda» og kan oppleve at veksten ødelegger «det trivelige bygdesamfunnet». Noen har i tillegg med seg negative holdninger som følge av at folk opplevde å bli dårlig behandlet under tvangsflyttingen fra Gardermoen. Deres tidligere erfaringer påvirker hvordan de opplever endringene (Thornquist, 2003). Opplevelse av å ikke ha fått være delaktig og å ikke ha blitt tatt alvorlig kan være risiko for psykisk helse.

De «gamle» Ullsokningene har imidlertid vært vant til tilflytting og endring også tidligere, og mange både tåler og liker uforutsigbarheten godt og liker endringene. Slike holdninger fører til mestring og virker beskyttende. De «gamle» innbyggerne vil i tillegg ha større evne til å finne fram i tjenestetilbudet. De har trolig mere nettverk i nærmiljøet og dermed tilgang til mer «normale» aktiviteter. Er det mulig at de klarer å holde fast på sitt Gemeinschaft-samfunn

midt i det store nye Gesellschaft-samfunnet? At deres livsform fortsetter til tross for endringene? Informantene viser til at det gamle nettverket blir tynnet ut. Samtidig er det en tendens til at det dannes subgrupper i urbane samfunn (Giddens & Birdsall, 2003). Ut fra dette kan det synes som de «gamle» innbyggerne er mer beskyttet i forhold til psykisk uhelse. I tillegg vil tilgang til fellesskap og «normale»<sup>7</sup> aktiviteter føre til at de blir mindre utsatt for stigma. På den andre side er skal man være klar over at de «gamle» innbyggerne kan være mer utsatt for å tape «borgerlig aktelse» ved sykdom, økonomiske problemer, skilsmisse osv. som følge av gjenkjennelse. Det kan igjen gjøre at de får høyere terskel for å søke hjelp. Stigmatiserte familietilknytninger kan bli en belastning.

De nye innbyggerne er en sammensatt gruppe. Noen er høykompetansegrupper og er mer beskyttet mot psykisk uhelse. Mens mange er unge og flytter til kommunen for å få jobb og fordi de ønsker å bo i et moderne samfunn. De opplever trolig mer frihet til å være slik de vil, uten å føle at de blir stigmatisert, mener informantene. De blir ikke gjenkjent. Fortsatt er imidlertid kommunen trolig ikke større enn at man kan skille seg ut (Giddens & Birdsall, 2001), og mange kan være skeptiske til de som er nye og fremmede. Man kan dermed ikke se bort fra at de kan bli utsatt for ekskludering og marginalisering og dermed uhelse.

Tall fra Psykisk helsevern gir ikke noe klart bilde i forhold til om botid i kommunen har betydning for psykisk helsetilstand. Jeg ser imidlertid at 70% av de henviste er under 50 år og tall fra SSB samt utsagn fra informantene tyder på at det er mange unge som flytter til kommunen. Et stort flertall av de henviste har lite nettverk og 62% er enslige (ugifte, enker/enkemenn, skilte/separerte). Det ser ikke ut til at det i særlig stor grad er nyinnflyttede, unge mennesker med lite nettverk som henvises. Tallene tyder på at nettverk og alder er viktigere for psykisk helse enn botid. En kan da undre seg; Er det mulig at mange av de nyinnflyttede har laget seg subkulturer, og dermed innehar nettverk og hjelpeformer som beskytter mot psykisk uhelse?

Empirien gir lite innspill til om det er forskjell mellom de nye og de «gamles» opplevelse av meningsfulle aktiviteter. Det er kanskje mest i forhold til storsenteret at man ser en ulikhet, da enkelte «gamle» Ullsokninger føler seg «fremmedgjorte».

---

7 «normale» - i denne sammenheng siktes det til aktiviteter som er vanlig for majoriteten av innbyggerne

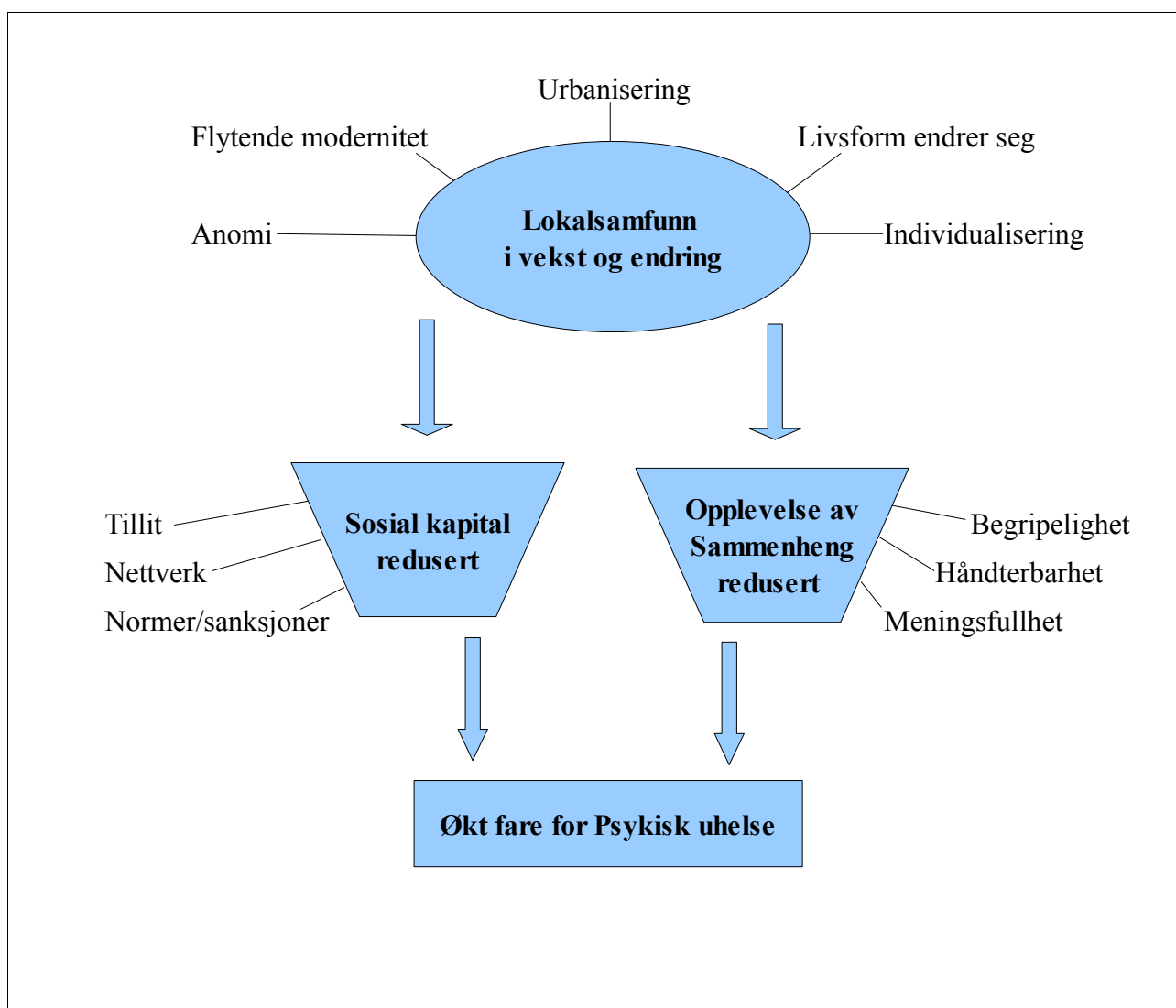
### 8.3 Hvordan skape beskyttelsesfaktorer?

«Det einaste me kan gjera er å skape rimelege vilkår for liv.

*Livet sjølv må kvar for sin part skapa.»*

(Garborg, 1925)

I planleggingen av helsefremmende arbeid er kartleggingsarbeidet av største betydning. Så langt i dette studiet har jeg foretatt en deskriptiv og en analytisk del. Jeg er nå kommet til handlingsdelen. Ut fra det empiriske materialet sett opp mot teorien, vil jeg komme med forslag til tiltak. For å få en oversikt over studiets store tema, kan det være nyttig med en figur som en illustrasjon:



**Figur 5:** viser hvordan et samfunn i rask vekst og endring trolig kan bidra til psykisk uhelse, dersom man ikke har et bevisst forhold til helsefremmende arbeid



Totalt sett gir empirien et bilde av at det kan bli en redusert sosial kapital i et samfunn i rask endring og vekst. Dette stemmer med teori om urbanisering, flytende modernisering, utvikling mot anomi og endrede forutsetninger for en tidligere livsform. Man ser en individualiseringstendens i samfunnet. Forskning tyder på at sosial kapital kan ha betydning for psykisk helse. Det vises imidlertid til at mange andre faktorer også har betydning, blant annet individuelle faktorer. Både forskning og teori er entydige i at OAS har positiv effekt på psykisk helse. Redusert sosial kapital vil stille høyere krav til menneskets individuelle faktorer. Økt opplevelse av sammenheng vil trolig kunne kompensere for lav grad av sosial kapital. Og motsatt, vil man i et samfunn med høy sosial kapital ha bedre forutsetning for å ivareta mennesker med lav opplevelse av sammenheng. Dette betyr at de som er sårbare, som i sitt liv opplever lav grad av sammenheng, er ekstra utsatte i et samfunn i vekst og endring. Dette bør få konsekvenser for helsefremmende arbeid. Det er ikke tilstrekkelig å iverksette tiltak innenfor noen få områder. Det kreves et mangfold av tiltak, for som studiet viser; det er de sårbare man vanskeligst når tak i. Min erfaring er at tjenestetilbudet tradisjonelt har hatt fokus på helsetilbud rettet mot enkeltindividet. Man har søkt å øke individets begripelighet, håndterbarhet og opplevelse av meningsfullhet på individnivå. Dette studiet tyder på at et slikt tilbud er utilstrekkelig. I et samfunn i rask endring og vekst, der den sosiale kapitalen står i fare for å bli redusert, vil man få et stadig økende behov for psykisk helsetjenestetilbud. Det vil trolig bli stadig flere som må ty til det profesjonelle hjelpeapparatet for å kompensere for mangel på nettverk, lav tillit til nærmiljøet og lav grad av normer/sanksjoner i lokalsamfunnet. De vil ha behov for tynn og instrumentell kapital, som en kompensasjon for tykk og ekspressiv kapital. En redusert bonding, vil føre til økt behov for bridging. Innbyggerne vil kunne bli mer hjelpetrengende. De står i fare for å oppleve mindre grad av myndiggjøring, mer stigmatisering og opplevelse av å være marginalisert. Identiteten kan slå brister og tryggheten kan bli redusert. OAS står dermed i fare for ytterligere reduksjon. Det er sannsynlig at noe av økningen man ser i Ullensaker kan skyldes veksten og dens virkning både på sosial kapital og på innbyggernes opplevelse av sammenheng.

Helsefremming er noe mer enn sykdomsforebyggende arbeid (Mæland:2005). Empirien gir mange innspill til helsefremmende tiltak i Ullensaker-samfunnet. I det følgende vil jeg presentere tiltakene og se de opp mot resultater så langt i studiet:

- Både teori og forskning gir hold for at nettverksarbeid er betydningsfullt for psykisk helse. Empirien gir flere forslag til hvordan bygge nettverk og lage møteplasser. Det blir vesentlig å bygge boområder som legger til rette for fellesskap, det være seg

fellesrom, friarealer og grøntområder hvor folk kan møtes og drive med felles aktiviteter. Vi er da inne på de fysiske forhold i nabolaget og nærmiljøet. Det handler om hva slags liv man får mulighet til å leve, tilgjengelighet til fasiliteter, det å skape meningsfullhet. I boområdene bør det etableres ressurspersoner som er ansvarlig for å følge opp fellesarealer og arrangementer.

Møteplasser av alle slag bør etableres. De kan baseres på felles interesser, felles livssituasjon, felles problemer, felles tro eller bare være et sted man kan møtes.

Møteplassene bør være lokalisert både sentralt og lokalt. De kan være i regi av helsestasjoner, barnehager, skoler, kirken, frivillige organisasjoner eller pensjonister.

Det kan være nyttig å blande ulike generasjoner. Skolene kan oppgraderes som nettverkbygger også utenom skoletid. Og skolevegens nettverkbyggende effekt bør ikke undervurderes. Møteplasser rundt barn erfares som svært nyttig i nettverksbygging. Generelt om møteplassene kan sies at de bør være gratis, og det bør være henteordninger.

- Informantene mener at veksten i kommunen går for fort. Den store mobiliteten er også uheldig. Det tar tid å bygge relasjoner og å opparbeide tilhørighet. Dette er i tråd med teori om urbanisering, flytende modernitet og anomi. Å jobbe videre med identitetsbygging er nødvendig, slik at innbyggerne får en følelse av å bety noe, å være til nytte, å være deltaker i fellesskap, ikke bare observatør. Å bli sett er det viktigste, sier flere av informantene. I planleggingen er det vesentlig at innbyggerne får opplevelse av medbestemmelse og at de er delaktige.
- Eriksen (2006) viser til hvor avhengig mennesker er av opplevd trygghet. Empirien gir uttrykk for bekymring for at mange innbyggere ikke føler trygghet i sitt nærmiljø. Brukerundersøkelser viser at mange likevel trives. De har det teorien kaller for tillit til sitt lokalsamfunn. Nettverksbygging kan være nyttig for å bidra til ytterligere økt trygghet og tillit i nærmiljøet. Identitetsbygging kan påvirke folks opplevde trygghet. Å få kunnskap om nærmiljøet vil virke positivt og man kan utnytte tabloideffekten for å forsterke de positive sidene ved Ullensaker.
- Funn i dette studiet tyder på at de store endringene fører til at sårbare grupper blir mer utsatt for psykisk uhelse. Skadevirkninger bør reduseres mest mulig. Man bør sette inn ekstra ressurser i forhold til belastende faktorer som støy, rus og kriminalitet. Fremmedkulturelle er ofte sårbare og vil trenge ekstra oppfølging i en slik kommune. Det kreves i tillegg ekstra fokus på å lage tilbud som kan fange opp de som sliter psykisk.
- Empirien vektlegger at folkeopplysning kan ha en positiv effekt på psykisk helse.

Resultater fra studiet tyder på at kunnskap er helsefremmende. Innbyggerne trenger kunnskap om helse, hva de selv kan gjøre og hvor de kan få hjelp. Man bør bygge opp folks evne til å ivareta egen helse, slik at de får opplevelse av mestring. Opplysning om kommunen, både hvem vi er og hva som finnes av tjenester, aktiviteter, lag og foreninger vil være nyttig. Empirien foreslår at alle innflyttere får tilsendt et velkomstbrev med en informasjonsfolder.

- I det moderne samfunnet synes folks holdninger til vellykkethet å være en trussel for psykisk helse. Resultater fra studiet tyder på at vellykkethetskravet blir forsterket i et samfunn i urbanisering. Informantene mener det trengs en motvekt til vellykkethetsidealet, evt. ved å endre reklameplakater, rollefigurer. Dette kan bidra til å redusere risikofaktoren ved presset økonomi. Tiltak som kan avhjelpe økonomiske belastninger vil kunne virke helsefremmende.
- Det norske samfunnets avtabuisering av psykisk helse er positiv. Det er blitt anerkjent å oppsøke hjelp. Stigmaet er blitt redusert. Men det er vesentlig å gi folk tilbake trua på at de kan klare å ta vare på helsa si selv, og at det er normalt å ha tunge dager innimellom. De bør få informasjon om at de har eget ansvar for sin helse. Det handler om myndiggjøring. Både teori og forskning viser at det er en vesentlig helsefremmende faktor. Det er viktig å presentere fellesskap for psykisk syke på en positiv måte, slik at de ikke blir fremstilt som ofre eller tapere.
- Ut fra empiri og Antonovskys teori om OAS, virker det overbevisende at fortsatt fokus på trivselstiltak er nyttig for psykisk helse. Det gir positiv energi.
- Helsefremmende arbeids fokus er blant annet å styrke folks motstandskraft mot helsetruende forhold (Mæland 2005). Man bør ha mer fokus på fra vugge-til-grav-tankegang, sier en informant. Man må tenke helsefremming i alle livets stadier. I tillegg synes ulike mestringskurs å være nyttig for å gi innbyggere en ballast til å takle endringene.
- Tjenestetilbudet er en del av det helsefremmende arbeidet. Her foregår bridging og man opparbeider tynn kapital, som kan virke forebyggende for psykisk uhelse. Tjenestetilbudet burde baseres på kartlegging og statistikk over hvordan iverksatte tiltak virker på folks psykiske helse. Hva er det som virker? Hva virker ikke? Ut fra resultatene bør det lages en folkehelseplan; en handlingsplan. Informantene snakker her om en folkehelseprofil. Det handler om kvalitetssikring. Informantene har mange tanker om forbedringer i tjenestetilbudet; Det bør jobbes med tjenesteyternes holdninger til brukerne. De er medmennesker og det kreves jevnlig kontakt, og det er viktig at ikke de opplever stigma i møtet med

tjenestene.

Tilgjengelighet og lavterskeltilbud er vesentlig. Fortsatt utvidelse av tjenesten innen psykisk helsevern er ønskelig, og det bør vurderes hvorvidt det kan være nyttig med kommunepsykologer. Empirien er imidlertid ikke entydig på om man bør ha psykologer i kommunen. Kanskje kan det være like nyttig å kvalitetssikre legetjenesten, ved å få flere leger, legge til rette for at legene kan ha lengre konsultasjoner og at de får økt kompetanse innen psykisk helsearbeid, gjerne i kognitiv terapi.

Å sikre kontinuitet mener informantene er vesentlig for å redusere fare for feilbehandling. Ifølge teorien er det også vesentlig for å styrke sosial kapital. Van der Wel viser til Bourdieu og sier det slik; «Utvikling av sosial kapital bygger på fire forutsetninger; varighet, homogenitet, eksklusivitet og tillit» (Wel, 2005:19) Det er ikke lett å opparbeide tillit dersom man stadig må forholde seg til ny kontaktperson i tjenesteapparatet.

Fra informantene kommer forslag om at man i kommunen lager et servicekontor, som kan bistå nyinnflyttere, så de finner seg til rette. Man bør ha tilbud til eldre som sliter med sorg og kriser, og man bør bygge boliger med bemanning for unge med rus-/psykiatri-problemer. Kulturtilbud bør innlemmes i helsetjenestene, med aktiviteter, nettverksarbeid og møteplasser. Både empirien, forskning og teori gir klare føringer for at samarbeid mellom de ulike tjenestene er nødvendig i helsefremmende arbeid. Det må etableres forpliktende samarbeid mellom ulike samfunnstjenester (Mæland, 2005). Gode kommunikasjonslinjer er en forutsetning for å gi helhetlig tilbud. Det gjelder både innen det kommunale tilbudet, innen det statlige, og mellom de ulike tjenestenivåene.

Innholdet i tjenestetilbudet bør ha fokus på psykisk helse og helsefremming gjennom hele livsløpet. Man bør styrke både sosial kapital og individets opplevelse av sammenheng. På skolen bør man ha ekstra fokus på bemanning; med nok lærere, sosiallærere, fritidsassistenter, musikk- og kunstterapeuter. For voksne vil det være nyttig med møteplasser hvor alle kan komme, grupper for de som har samme problemstilling og selvhjelpsgrupper. Gruppene kan være basert på aktivitet eller samtale. Man styrker deltakernes opplevelse av myndiggjøring, og reduserer fare for stigmatisering og marginalisering. Man bør satse mer på et tilbud til eldre som sliter psykisk. Ledsagertjeneste kan også være nyttig for å fange opp de som uteblir.

## 8.4 Metoderefleksjon

«Kvalitativ forskningsmetode er en av flere veier til vitenskapelig kunnskap» (Malterud: 2003:19). Malterud poengterer at det er ikke valg av metode som er det vesentligste for om forskning holder vitenskapelige mål. Det er måten man forvalter innhenting og håndterer kunnskapen på som avgjør den vitenskapelige verdien (ibid). Det er vesentlig at vitenskapelig kunnskap skal føre til erkjennelser som kan brukes til noe. Den skal være relevant og skal kunne ære oss noe nytt på en eller annen måte (T.Malterud, 2003).

Valg av metode er likevel ikke uten betydning i forhold til hvilken type data man får innhentet. Ved kvalitativ metode får man presentert et mangfold av informasjon, men ikke fra en kvantitativt stor gruppe individer. I dette studiet ønsket jeg å få beskrivelser av situasjonen. Jeg var ikke ute etter kvantitet, men av nyanser. Et for stort antall informanter kunne da ha ført til uoversiktlig og overfladisk analyse. Analysen i dette studiet ble gjennomgått svært grundig. Jeg er likevel klar over at en annen person ville kunne ha funnet alternative tolkningsmuligheter. Overførbarheten til andre lokalsamfunn vil trolig derfor være begrenset, men resultatene likevel av interesse.

I planleggingen av studiet ble det vurdert hvilket kvalitativt design som skulle benyttes. Både grounded teori og fokusgruppeintervju ble vurdert. Det er mulig at ved å gå ut helt åpent med grounded teori kunne jeg fått et annet og mer mangfoldig bilde av situasjonen, men det er usikkert om jeg ville fått data som er relevante for problemstillingen. Fokusgruppeintervju ville trolig egnet seg godt, ikke minst siden utvalget besto av fagpersoner. Gruppedynamikk ville kunne ført til ytterligere forsterkninger eller avvísninger av enkelte beskrivelser. Ved flerstegs fokusgruppeintervju ville jeg fått validert og utdypet funnene. Det fremsto imidlertid vanskelig for meg å klare å samle så mange ulike fagpersoner til samme tid og til flere gruppemøter innenfor tidsfristen av oppgaven. Sårbarheten ved individuelle intervjuer er at intervjuers person påvirker forskningsprosessen i større grad, gjennom spørsmålstilling og i den mellommenneskelige relasjonen som oppstår. Jeg måtte hele tiden ha en bevissthet på dette og på min forforståelse.

I valg av utvalg var det vesentlig å finne «adekvate kunnskapskilder» (Malterud, 2003). For å få svar på oppgavens problemstilling, kunne det vært relevant å intervju innbyggere i kommunen. Men jeg ønsket faglige vurderinger av situasjonen og et strategisk utvalg ville

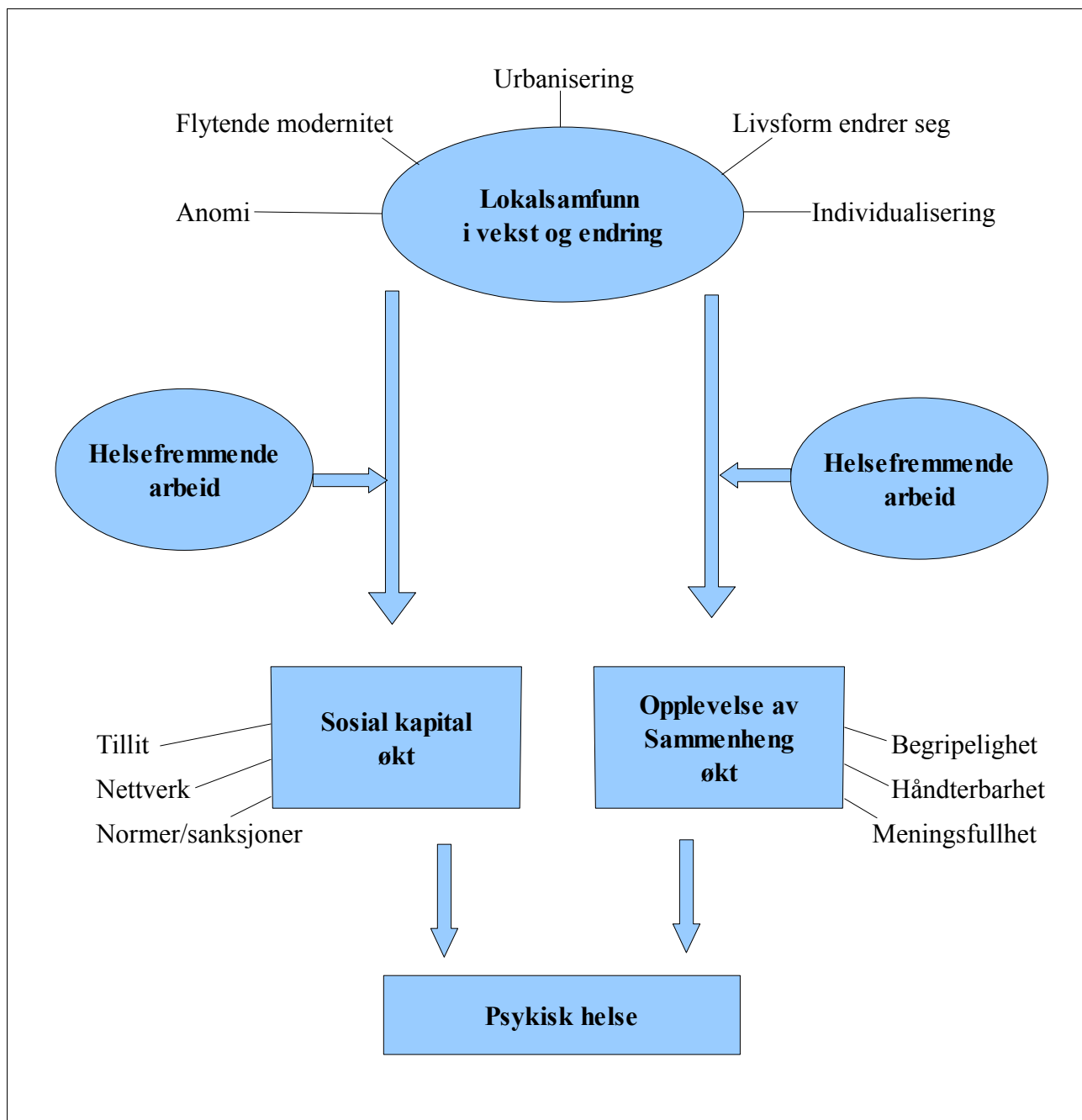
kunne gi ulike innfallsvinkler til problemstillingen. Malterud sier det slik: «Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan levere mer stoff til utvikling av nye hypoteser, og skaffe utfordringer til konklusjoner som i første omgang kan synes opplagte» (T.2003:59). Ved at jeg valgte strategisk utvalg, ble ikke funnene entydige og opplagte. Risikoen for raske slutninger ble redusert og påliteligheten av resultatet kan være styrket.

## 9. Konklusjon

Utbyggingen av Gardermoen som hovedflyplass ble basert på nasjonale interesser, men det er lokalsamfunnet som blir berørt ved en slik stor satsing. «Samfunnet har derfor et særlig ansvar for å medvirke til at omkostningene for de beboerne som berøres blir minst mulig» (Bangum & Vetvik, 1994).

Min forforståelse var sterk før dette studiet. Jeg har derfor forsøkt å lete etter det som har talt imot forforståelsen. Jeg har gått grundig igjennom empiri, teori og tidligere forskning. Jeg har kommet fram til at det ikke finnes entydige svar på studiets forskningsspørsmål, da det er mange faktorer som har betydning for innbyggernes psykiske helse.

Det synes å være klart at lokalsamfunnet har stor påvirkning på innbyggernes psykiske helse, ikke minst i forhold til å legge til rette for å skape en sterk sosial kapital; god tillit, et sosialt nettverk og positive normer. Hvordan innbyggerne klarer å nyttegjøre seg den sosiale kapitalen i samfunnet, kommer i tillegg an på en rekke andre faktorer, og da særlig opplevelse av sammenheng. De ulike faktorene har en gjensidig påvirkning på hverandre. Forhold i lokalsamfunnet kan styrke eller svekke disse faktorene. Dersom man ønsker å fremme helse i et lokalsamfunn i rask endring og vekst, kreves en bevissthet på tidlig og kontinuerlig helsefremmende arbeid (se figur 6).



**Figur 6: viser hvordan man i et samfunn i rask vekst og endring kan bidra til psykisk helse gjennom et bevisst forhold til helsefremmende arbeid.**

Jeg vil nå gå tilbake til min hensikt og til forskningsspørsmålene i kapittel 1.2, og ut fra undersøkelsens funn vil jeg forsøke å besvare de en etter en:

1. Det ser ut til at den raske endringstakten i seg selv gir utfordringer for innbyggerne i lokalsamfunnet. Endringene går så fort at man får ikke tid til å opparbeide seg trygghet, tillit og identitet i lokalsamfunnet. Mobiliteten er en risiko. De sårbare blir i en utsatt posisjon.

Reduksjon i innbyggernes sosiale kapital ser ut til å kunne være en risiko, særlig for

angst og depresjon (de lettere psykiske lidelsene). Nettverket gir viktig støtte, veiledning og praktisk hjelp, ikke minst ved uforutsette hendelser. Betydningen av sosial kapital er imidlertid ikke entydig, da individuelle faktorer spiller en vesentlig rolle.

Endringer eller forringelse av det fysiske miljøet synes å kunne bidra til psykisk uhelse, ved at man får reduksjon av møteplasser, fellesarealer, natur-og friluftsarealer. Mange kan oppleve endringene som fremmedgjørende og utrygge. Man kan få økt kriminalitet og økt isolasjonstendens.

Høy konkurranse i arbeidslivet, utrygge arbeidsplasser og høye huspriser er risikofaktorer. Samtidig tiltrekker de mange arbeidsplassene seg mange innflyttere med lav utdanning.

Presset tjenestetilbud er en risiko for at uhelse får utvikle seg og de som sliter ikke blir fanget opp.

Urbaniseringen og den raske veksten kan føre til økt grad av anomi, et samfunn som oppleves å være uten grenser og normer. Det blir økt individualisering. Man får høyere vellykkethetskrav, høyere konkurranse, presset økonomi, økt marginalisering, økt trafikkstøy og økt rusmiljø. Man ser en tendens til å få en forskyvning i hjelpeformene, fra det nære nettverket og til det profesjonelle. Samtidig styres helsetjenesten stadig mer ut fra økonomiske prinsipper. Det blir sterkt press på tjenestene, som blir mindre tilgjengelige og man klarer ikke fange opp alle.

Individuelle faktorer er vesentlige for hvordan hver enkelt person takler å leve i et samfunn i rask vekst og endring. Opplevelse av sammenheng kan bli redusert, og sårbare grupper er særlig utsatt. Det blir større forskjell på de som lykkes og de som ikke lykkes i et slikt samfunn.

2. Ovenfor nevnte faktorer i lokalsamfunnet Ullensaker ligger på linje med, og forsterkes av, en generell utvikling i det norske samfunnet i dag, der individualisering, vellykkethet og høye krav i arbeidslivet er en del av hverdagslivet. Man har også erfart en holdningsendring i forhold til psykiske lidelser og det å oppsøke hjelp for psykisk uhelse. Nordmenn generelt har fått økt kunnskap om psykiske lidelser, og samfunnet signaliserer at dersom man ikke føler psykisk velvære, kan man søke profesjonell hjelp. Nye rusmidler gir økning i psykisk uhelse og økt kriminalitet, og TV- og data-påvirkning er trolig en risikofaktor. Individuell sårbarhet er en risiko.
3. Empirien viser også mange faktorer som kan virke beskyttende for psykisk helse.



Mange innbyggere trives i lokalsamfunnet. De opplever at endringene i samfunnet gir økt mulighet til egen utvikling og man får flere tilbud innen kultur og næringsliv.

Mange jobber gir lav arbeidsledighet. Kultur gir fellesskap og foredrer det friske i mennesket. Man har fokus på identitetsskapende faktorer som kulturminner, og det er god informasjon om kulturtilbudene som finnes. Innbyggerne får delta i planlegging, noe som gir økt myndiggjøring. Kommunene har mange gode møteplasser, en aktiv menighet og mange frivillige organisasjoner. Et urbant samfunn gir økt frihet til å være seg selv, men det er usikkert om Ullensaker er stor nok ennå. Tjenestetilgangen er økt, med nærhet til DPS og økt fokus på samarbeid. Man har et godt dagtilbud innen psykisk helse. Storsenteret, med sine mange møteplasser og aktivitetstilbud, ser ut til å være både beskyttelse og risiko for psykisk helse. Veksten i lokalsamfunnet kan bidra til en positiv opplevelse av sammenheng hos ressurssterke innbyggere, og dermed virke helsefremmende.

4. Studiet gir hold for at de «gamle» innbyggerne er beskyttet for psykisk uhelse, som følge av at de har en sterk sosial kapital, sterk identitetsfølelse og føler tilknytning til lokalsamfunnet. De har lettere tilgang til fellesskap og «normale» aktiviteter. De finner trolig lettere frem til tjenesteapparatet. Men individuelle holdninger til endringene kan gi et annet bilde, og deres opplevelse av sammenheng er av vesentlig betydning. De «gamle» innbyggerne kan være mer utsatt for stigmatisering, som følge av gjenkjennelse.

De nyinnflyttede har trolig mer frihet til å være seg selv. Mange er unge og liker uforutsigbarheten i et moderne samfunn. En del har høy utdanning, som gir beskyttelse mot psykisk uhelse. Innflytterne kan imidlertid være utsatt for ekskludering og marginalisering nettopp fordi de er fremmede. De har gjerne en svakere sosial kapital, og kan ut fra det være mer utsatt for psykisk uhelse. Studiet gir imidlertid noe usikre svar på dette. Det ser ut som nettverk og opplevelse av sammenheng har vesentlig større betydning enn botid i kommunen.

5. Når man skal tenke helsefremmende arbeid, for å skape beskyttelsesfaktorer og styrke folks motstandskraft mot helsetruende forhold, er det helt nødvendig med tett samarbeid mellom ulike samfunnstjenester. Man bør både kompensere for en lav opplevelse av sammenheng og iverksette tiltak for å gi innbyggerne mulighet for økt sosial kapital. Det må legges til rette for bonding, ved å lage arenaer for nettverksbygging i lokalmiljøet, og for bridging, gjennom frivillige organisasjoner, møteplasser for ulike interessegrupper, og et godt, fleksibelt og tilgjengelig

tjenesteapparat. Møteplassene må tilpasses det mangfoldet av mennesker som i dag bor i kommunen. Ekstra fokus bør være på å fange opp de sårbare. Tjenestetilbudet må være innstilt på å kunne erstatte deler av nettverket for innbyggerne. Det vil kreve kartlegging og et tett samarbeid mellom de ulike tjenestene. I tillegg vil det være vesentlig å bidra til en sterkere opplevelse av sammenheng blant innbyggerne. Et bevisst forhold til utbyggingen i samfunnet kan bidra til at folk bli i stand til å begripe og håndtere endringen på en hensiktsmessig måte, og at de får tilgang til aktiviteter som bidrar til meningsfullhet. Målet er å bygge opp et lokalsamfunn som gjør innbyggerne istand til å ivareta egen psykisk helse.

Dette studiet har vist at man får både positive og negative konsekvenser for psykisk helse i et samfunn i rask vekst og endring. Grundig og kontinuerlig kartlegging og planlegging er vesentlig for å bygge opp et helsefremmende samfunn. Interessante områder for videre studier kan være; Hvem er det som faller utenfor i et slikt samfunn? Hvilke tiltak ser ut til å fange opp de sårbare? Hvilke tiltak i lokalsamfunnet kan gjøre innbyggerne bedre istand til selv å ivareta psykisk helse? Hvordan kan tjenestetilbudet gjennom tett samarbeid bidra til psykisk helsefremmende virksomhet?

*Og dette middels er i grunnen best.  
Nu er jeg ikke bunden av kusk eller hest;  
Jeg har ingen besvær med koffert og kjerre,  
kort sagt, som man sier, jeg er stillingens herre.-  
Hvilken vei bør jeg velge? Mang en vei står meg åpen;  
og i valget kjenner man vismann fra tåpen.*

*(fra Peer Gynt)*

*(Ibsen, 1972:90)*

## 10. Litteraturliste

- Antonovsky, A., & Lev, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Askheim, O. P. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bakken, S. E., Holtet, T., & Lunder, E. (1999). *Makt på liv og død: historien bak Gardemo-utbyggingen* (Vol. 1998-13). [Fredrikstad]: [Institutt for Journalistikk].
- Bangum, C., & Vetvik, E. (1994). *Problematisk naboskap? En studie av konsekvenser av flyplassutbyggingen på Gardermoen for beboere i randsonen*. Oslo: Diakonhjemmet høghskolesenter
- Bauman, Z., Nygård, M., Kolstad, H., & Christie, N. (2006). *Flytende modernitet*. Oslo: Vidarforl.
- Bergström, L., & Fog, E. (1996). *Att se det möjliga i det verkliga: om utveckling av sociokulturell kompetens i socialt arbete på landsbygden i norra Bohuslän*. Universitetet, Göteborg.
- Berkman, L. F., & Breslow, L. (1983). *Hhealth and ways of living: the Alameda Country study*. New York: Oxford University Press.
- Berry, H. L. (2008). Social capital elite, excluded participators, busy working parents and aging, participating less: types of community participators and their mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2008) 43-527-537.
- Berulfsen, & Gundersen. (1974). *Gyldendals ordbøker - fremmedordbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bäck-Wiklund, M., & Lindfors, H. (1990). *Landsbygd, livsform och samhällsförändring*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.
- Brevik, J. I. (2001). *Helseundersøkelsen 2001, Helse og trivsel etter at flyplassen har kommet i ordinær drift*. Internt dokument fra Ullensaker.
- Caplex. (2010). Caplex leksikon. Sist, fra <http://www.caplex.no/Web/Print.aspx?id=9339182>
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge, Mass.: Belknap Press.
- Dalgard, O. S., & Brevik, J. I. (1996). Community health profile with special emphasis on social environment and mental health. *Nord J. Psychiatry*, 50(37), 21-27.
- Drevdahl, D. J. (2002). Home and Border: The Contradictions of Community. *Adv Nurs Sci*,

24(3), 8-20.

- Durkheim, É., & Østerberg, D. (2001). *Selv mordet: en sosiologisk undersøkelse*. [Oslo]: Gyldendal.
- Eriksen, T. H. (1997). *Flerkulturell forståelse*. Otta: Tano Aschehoug.
- Eriksen, T. H. (2006). *Trygghet*. Oslo: Universitetsforl.
- Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's sense of coherence scale*. Turku: Åbo Akademis Tryckeri.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 60, 376-381.
- Eriksson, M., Lindström, B., & Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *J Epidemiol Community Health*, 61, 684-688.
- Erke, R., & Høgmo, A. (1986). *Identitet og livsutfoldelse*. Bærum: Universitetsforlaget.
- Finset, A. (1986). *Familien og det sosiale nettverket*. Oslo: Cappelen.
- Friis, S. (1999). *Fra idé til prosjekt: en innføring i klinisk forskning*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Garborg, A. (1925). *Dagbok 1905-1923, Band 2: 25. juni 1907-27. desember 1909*. Oslo: Aschehoug.
- Giddens, A., & Birdsall, K. (2001). *Sociology*. Cambridge: Polity.
- Giddens, A., & Birdsall, K. (2003). *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Goffmann, E. (1975). *Stigma, dansk utgave*. Viborg: Gyldendal samfundsbibliotek.
- Griffiths, C. A. (2009). Sense of coherence and mental health rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23, 72-78.
- Griffiths, R., Horsfall, J., Moore, M., Lane, D., Kroon, V., & Langdon, R. (2006). Assessment of health, well-being and social connections: A survey of women living in Western Sydney. *International Journal of Nursing Practice*, 13, 3-13.
- Halpern, D. (2005). *Social capital*. Cambridge: Polity Press.
- Heggedal, M. (2006). Kan sosial kapital forklare forskjeller i forekomst av depresjon i Nord-Trøndelag. *Hovedoppgave i medisin, NTNU*.
- Hovengen, R. (1998). *Bomiljø og psykisk helse - En studie av sammenhenger mellom sosiale*

*miljøfaktorer, sosial integrasjon og psykisk helse i et norsk forstadsområde*  
(Avhandlingsarbeite i Folkhälsovetenskap (Mater of Public Health)).

- Hovland, A. (1998). *Flerkulturell forståelse - studiehefte - fellesdel*. Oslo: NKS-Fjernundervisning.
- Hovland, A. (1999). *Flerkulturell forståelse, Spesialiseringsdelen*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Hummelvoll, J. K., Eriksson, B. G., & Beston, G. (2009). *Mennesker med psykiske funksjonshindringer i risikosamfunnet: en hverdagsnær tilnærming* (Vol. nr. 13-2009). Elverum: Høgskolen.
- Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E., & Olsen, P. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Høgmo, A. (1998). *Fremmed i det norske hus - Innvandreres møte med bygdesamfunn, småby og storby*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Højrup, T. (1989). *Det glemte folk: livsformer og centraldirigering*. Hørsholm: Institut for Europæisk Folkelivsforskning, Statens Byggeforskningsinstitut.
- Ibsen, H. (1972). *Peer Gynt - et dramatisk dikt (1867)*. Stavanger: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ibsen, H. (2005). *Brand -et dramatisk dikt (1866)*. Trondheim: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jakobsen, L., & Karlsson, J. C. (1993). *Arbete og kärlek*. Lund: Arkiv förlag.
- Kelly, B. D., Davoren, M., Mhaolain, A. N., Breen, E. G., & Casey, P. (2009). Social capital and suicide in 11 European countries: An ecological analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(11), 971-977.
- Kvale, S., Rygge, J., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., & Wahl, A. K. (2005). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 62, 212-219.
- Larsen, T. (1997). Bønder i byen - på jakt etter den norske konfigurasjonen. I NKS-Fjernundervisning (red.), *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Larsen, Ø., Alvik, A., Hagestad, K. & Nylenna, M. (2008). *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindgren, G., Starrin, B., & Wettergren, Å. (2008). *Det Sociala livets emotionella grunder*.

Malmö: Liber.

- Lofors, J., & Sundquist, K. (2006). Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: A cohort study of 4.5 million Swedes. *Social Science & Medicine*, 64, 21-34.
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E., & Björkman, T. (2009). Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16: 516-522.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- McKenzie, K., & Harpham, T. (2006). *Social capital and mental health*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Mæland, J. G., & Westin, S. (2009). *Sosial epidemiologi: sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2005). *Levekårsundersøkelsen 2005 - Psykisk helse i Norge - Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Sist lest. fra.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt og Nes kommune. (2005). *Trivsel, fellesskap og helse på Neskollen - En helseprofilundersøkelse*. Sist lest. fra.
- NHO. (2010). NæringsNM og Attraktivitetsbarometeret 2009. Sist, fra [http://www.nho.no/getfile.php/bilder/RootNY/filer\\_og\\_vedlegg1/N%E6ringsNM%20og%20Attraktivitetsbarometeret%20NHO7.pdf](http://www.nho.no/getfile.php/bilder/RootNY/filer_og_vedlegg1/N%E6ringsNM%20og%20Attraktivitetsbarometeret%20NHO7.pdf)
- Olsen, A. G. (2006). Snøhvitutbyggingen - helsekonsekvenser så langt. *Michael - Publication Series of The Norwegian Medical Society*, 3, 207-217.
- Osborne, K., Baum, F., & Ziersch, A. (2009). Negative Consequences of Community Group Participation for Women's Mental Health and Well-Being: Implications for Gender Aware Social Capital Building. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19, 212-224.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of american community*. New York: Simon & Schuster.
- Renalds, A., Smith, T., & Hale, P. J. (2010). A Systematic Review of Built Environment and Health. *Family & Community Health*, 33(1), 68-78.

- Rogers, A., Huxley, P., Evans, S., & Gately, C. (2008). More than jobs and houses: mental health, quality of life and perceptions of locality in an area undergoing urban regeneration. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43(364-372).
- Rønning, R. & Starrin, B. (Red.). (2009). *Sosial kapital i et velferdsperspektiv: om å forstå og styrke utsatte grupperes sosiale forankring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Said, E. W. (1994). *Orientalismen - Vestlige oppfatninger av Orienten*. Drammen: Cappelens Forlag as.
- Sartorius, N. (2003). Social capital and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(2), 101-105.
- Silva, M. J. D., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. A. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59, 619-627.
- Solheim, L. J. (2009). Marginalitet og sosial kapital. I Rønning, R. & Starrin, B. (Red.). (2009). *Sosial kapital i et velferdsperspektiv: om å forstå og styrke utsatte grupperes sosiale forankring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial-og-helsedepartementet. (2000). *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*.
- Sosialdepartementet. (1987-88). *St. meld. nr. 41(1987-88): Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*. Sist lest. fra.
- SSB. (2010a). Ullensaker. Folkemengde 1. januar og endringer i året 1951 -. Sist, fra <http://www.ssb.no/emner/02/02/folkendrhyst/tabeller/tab/0235.html>
- SSB. (2010b). Befolkningsutviklingen siden femtitallet. Sist, fra <http://www.ssb.no/emner/02/02/folkendrhyst/main.html>
- SSB. (2010c). Befolkningssammensetning etter kjønn og alder. Sist, fra <http://www.ssb.no/kommuner/0235>
- Stain, H. J., Kelly, B., Lewin, T. J., Higginbotham, N., Beard, J. R., & Hourihan, F. (2008). Social networks and mental health among a farming population. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* (2008) 43-843-849.
- Starrin, B. (2009). Sosial kapital og helse. I Rønning, R. & Starrin, B. (Red.). (2009). *Sosial kapital i et velferdsperspektiv: om å forstå og styrke utsatte grupperes sosiale forankring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]:

Fagbokforl.

Ullensaker Kommune. (2008). *Kommuneplan Ullensaker 2008 - 2020: Vekstkommunen - tilgjengelig, attraktiv og handlekraftig, vedtatt 16. juni 2008*. Sist lest. fra

Ullensaker Kommune. (2010a). Innbyggerundersøkelsen 2009 - resultater. Sist, fra

<http://www.ullensaker.kommune.no/Modules/theme.aspx?ObjectType=Article&ElementID=30417&Category.ID=16567>

Ullensaker Kommune. (2010b). Ullensaker kommune - hjemmeside. Sist, fra

<http://www.ullensaker.kommune.no>

Ventegodt, S., Kandel, I., & Menick, J. (2009). Self-esteem as an important mind-body aspect. *International Journal on Disability and Human Development*, 8(2), 191-196.

Wallace, R. A., & Wolf, A. (2006). *Contemporary sociological theory: expanding the classical tradition*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.

Wel, K. A. v. d. (2005). *Sosial kapital og helse: en flernivåanalyse av 25 bydeler i Oslo*. K. A. van der Wel, Oslo.

Whitley, R., & McKenzie, K. (2005). Social Capital an Psychiatry: Review of the Literature. *Harv rev Psychiatry*, 13(2), 71-83.

WHO. (2010). World Health Organisation. Sist, fra <http://www.euro.who.int/en/home>

Wolf, S., & Bruhn, J. G. (1993). *The power of clan: the influence of human relationship on heart disease*. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.

Worren, H. (1986). *Helse: mangfold, samarbeid, utvikling: en husstandsundersøkelse om helse i to kommuner* (Vol. 6-1986). Oslo: Gruppen.

Ziersch, A. M. (2005). Health implications of access to social capital: findings from an Australian study. *Social Science & Medicine*, 61, 2119-2131.

Ziersch, A. M., Baum, F. E., MacDougall, C., & Putland, C. (2005). Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Social Science & Medicine*, 60, 71-86.



## Vedlegg 1: Presentasjon av forskning

Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
van der Wel, 2005 (Wel, 2005)	Kvantitativt studie, tverrsnittundersøkelse, 18770 personer (46%) i 25 bydeler i Oslo	Sammenheng mellom sosial kapital og helse blant bydelene i Oslo: tillit, organisasjonsdeltakelse, samspill på individ / kontekstnivå	Selvrapportert generell helse og helseundersøkelse	Fant ikke sammenheng mellom sosial kapital og helse i Oslo. Variasjoner i helse tilskrives egenskaper ved bydel, men viktigst inntekt og utdanningsnivå.	Sosial kapital og psykisk helse – ikke sammenheng
Heggedal, 2006 (Heggedal, 2006)	Kvantitativt studie, i en valgkrets i Nord-Trøndelag. Tverrsnittundersøkelse, Helseundersøkelse-HUNT II, 70000 deltakere, statistikkprogram SPSS, logistisk regresjon	Sammenheng mellom sosial kapital og depresjon	Sosial kapital operasjonalisert som «tillit», Depresjon målt med hospital angst og depresjonsskala (HAD/HADS)	Undersøkelsen finner støtte for at valgkretser med lav sosial kapital har høyere forekomst av depresjon enn kretser med middels eller høy sosial kapital.	Sosial kapital og psykisk helse – er sammenheng på depresjon
Kelly, Davoren, Mhaolain, Breen, Casey, 2009 (Kelly, Davoren, Mhaolain, Breen, & Casey, 2009)	Tverrsnittundersøkelse, En kvantitativ undersøkelse om forholdet mellom sosial kapital og selvmordstall i 11 Europeiske land.	Social capital and suicide in 11 European countries	Sosial kapital refererer til frivillighet og forhold basert på tillit, og bruken av disse nettverkene til å etablere positive sosial aktiviteter	Jo høyere sosial kapital (tillit), jo lavere nasjonale selvmordstall. Sosial kapital har en mulig beskyttende effekt.	Sosial kapital og psykisk helse – er sammenheng på selvmord
Whitley, 2006 (McKenzie & Harpham, 2006)	Siden 1980-tallet har dette lokalsamfunnet vært under jevnlig epidemiologisk	I Gospel Oak, London, ser på forbindelsen mellom høy sosial kapital i nabolaget,	Sosial kapital som tillit i lokalsamfunnet, f.eks ved å se etter naboens hus, nøkkel, låne	Høyere rate av CMD enn i andre sammenlignbare byer i England, til tross for høy grad av sosial kapital i	Sosial kapital og psykisk helse –

Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
	undersøkelser. Her et etnografisk studie, miks av kvalitative metoder; 26 ind. intervjuer, så fokusgrupper, deretter analyse av tidligere dokumenter og deltakerstyrt observasjon 2år	individuelle faktorer og den høye graden av CMD (Common mental disorder).	penger, horisontale nettverk av naboskap-involvering, service og fasiliteter i lokalsamfunnet, religiøse organisasjoner, kommunale grupper og møteaktivitet.	lokalsamfunnet/ nabolaget.	motsatt sammenheng
Drukker, Kaplan, van Os, 2006 (McKenzie & Harpham, 2006)	Både kvantitativt og kvalitativ undersøkelse. Datasamling startet i 2000.	Sosial kapital betydning for livskvalitet og for folks behov for hjelp for psykisk helse - i Maastricht, Nederland	Forskjellen mellom sosio-økonomiske indikatorer og sosial kapital i Maastrichts nabolag, og de individuelle ulikhetene i virkning.	Selve naboskapet er av størst betydning – forholdet mellom menneskene, ikke den geografiske utformingen alene; «The neighbourhood matters»	Sosial kapital og psykisk helse – positiv sammenheng
Usher, 2006 (McKenzie & Harpham, 2006)	Kvantitativt studie; 1)200 intervjuer av den som tar avgjørelser i lavinntekts-familier, mest minoriteter, i indre by i Birmingham, Alabama 2)500 intervjuer av tilfeldig utvalgte respondenter fra flere lokalsamfunn i Birmingham-området, hvor hoveddelen er hvite og inntekten er	Hvordan styrken av sosiale bånd påvirker sosiale nettverk og bygger sosial kapital. Hvordan disse båndene fører til enten sosial isolasjon eller sosial integrasjon, er svært viktig for innbyggere og lokalsamfunn i det urbane systemet. Hvordan slik kulturell isolasjon kan føre til uhelse for individene og for	Sosio-demografisk bakgrunn, karakteristikk v nabolaget, US folketelling, miljømessige stressorer, økonomiske stressorer, sosial kapital og måling av psykisk velbefinnende.	Sammenhengen mellom sosial kapital og personlig opplevelse av mentalt stress er kompleks, og påvirkes av; økonomisk stress, den territoriale funksjonen av nabolaget (velstelt, orden..-bra), opplevelse av å være fattig i forhold til andre en belastning, opplevelse av selvpåvirkning på miljøet i lokalsamfunnet (like god i mer fattige strøk)-bra, minoritetesstatus	Sosial kapital og psykisk helse - usikker sammenheng, da mange faktorer spiller inn.

Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
	vesentlig høyere. Brukt deskriptiv statistikk og multivariat regresjons-analyse	lokalsamfunnet.		påvirker tilhørighets-opplevelse, tilgjengelighet til andre områder.	
Zimmermann, Bell, 2005 (Zimmermann & Bell, 2005)	Kvantitativt studie, Regresjonsanalyse av et stort, nasjonalt representert datasett, United States befolkning året 2000, Deltakere 4817 voksne rundt 40 års alderen.	Man vil teste forbindelsen mellom individuell helse-resultat og miljøvariabler og teste om det kan knyttes til en årsaksmodell om forholdet mellom inntektsulikhet og helse	To forhold ble studert; selvrapportert generell helse og depresjon ut fra et standardisert skåringsverktøy	Effekten av inntektsulikhet på helse kan skyldes menneskenes sosiale kompensering og reduksjon på sosial kapital.	Sosial kapital og psykisk helse - har sammenheng
Ziersch, Baum, MacDougall, Putland; 2005 (Ziersch, Baum, MacDougall, & Putland, 2005)	Tverrsnittundersøkelse, Kvalitativt og kvantitativt studie; 2400 svar på spørreundersøkelse, og 40 dybdeintervjuer i forstad i Australia; Western suburb of Adelaide	En undersøkelse av forholdet mellom elementer i et naboskap / lokalsamfunn og naboskapets/ lokal-samfunnets sosiale kapital og helse.	Ser på oppfattelsen av de fysiske omgivelser, naboskapets forbindelser, tillit i naboskapet, gjensidighet, oppfattet trygghet, lokalt sivil engasjement og noen demografiske variabler. Noen variabler ses opp mot fysisk helse. Alle variablene ses på opp mot psykisk helse.	Sosial kapital er multifaktorell, og forholdet til helse er komplekst. Det trengs derfor ytterligere mer komplekse målinger, da de sosioøkonomiske faktorene er relativt av større betydning for å opprettholde helse.	Sosial kapital og psykisk helse - usikker sammenheng, da mange faktorer spiller inn.
Ziersch, 2005 (Ziersch, 2005)	Tverrsnittundersøkelse, Kvantitativt	En undersøkelse som ser på både	Sosial kapital begreps-forståelse	De som hadde best tilgang på materielle	Sosial kapital og

Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
2005)	studie, spørreskjema til alle husholdninger i to forsteder til Adelaide, Australia Mental og fysisk helse ble målt ved å bruke SF-12.	fysisk og psykisk helse relatert til tilgangen på sosial kapital.	omfatter infrastruktur - økonomi, formellt og uformellt nettverk; og ressurser - tilgang til hjelp, akseptasjon i nabolaget, frivillig aktivitet og opplevelse av kontroll.	ressurser, hadde også større tilgang til elementer i sosial kapital, og rapporterte bedre både fysisk og psykisk helse. Økonomi, uformellt nettverk, hjelp og kontroll førte alle direkte eller indirekte til bedre mental helse.	psykisk helse - positiv sammenheng
Lofors og Sundquist, 2006 (Lofors & Sundquist, 2006)	Longitudinelt studie, hele den svenske populasjonen; 4,5 mill. innbyggere mellom 25 – 64 år. Flernivå logistisk regresjons-analyse	En undersøkelse som ser på mengden av tillit mellom individer og sosiale institusjoner, knyttet til sosial kapital, og innleggelser for depresjon eller psykose.	Manglende sosial kapital ble sett på ut fra manglende deltakelse i lokalvalg. Små nabolag (nabolag innen for et arealmessig lite område).	Sterke bindinger mellom mangel på sosial kapital og innleggelse for både psykoser og depresjoner. Men sammenhengen ble redusert, men fortsatt signifikant etter knyttet til alder, botid, utdanning, arbeidssituasjon, sivil status og kulturell bakgrunn Forbindelsen med depresjon ble ikke lenger signifikant etter å ha justert resultatet opp mot tap av nabolag.	Sosial kapital og psykisk helse - er sammenheng i forhold til psykoser, mer usikkert med depresjoner. Andre faktorer vesentlige
Rogers, Huxley, Evans, Gately, 2008 (Rogers, Huxley, Evans, & Gately, 2008)	Kvalitativt studie, som en del av et større multi-metode studie. I et område som er utsatt for urban utvikling.	Undersøkelsen er ment å være et bidrag for å bedre menneskers livskvalitet og psykiske helse. Ser på forholdet mellom oppfattelse av lokal motgang, mental helse og sosial kapital i en urbanisering.	Ser på oppfattelse av materielle og ikke materielle aspekter av lokalsamfunnet, og måten sårbare mennesker mestrer livet i motgang. Dette blir sett på som mer verdifullt enn å endre	Mangel på sosial kontroll og tillit i lokalsamfunnet kan føre til personlige mestringsstrategier, for å håndtere motgang og opplevde trusler, som fører til sosial isolasjon. Man finner et gap mellom den individuelle sosial	Sosial kapital og psykisk helse - positiv sammenheng. Urbanisering negativ på

Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
			strukturelle elementer som tilgang på bolig eller arbeid.	kapital-kapasitet og forbindelsen med kollektive samfunnsressurser Dette knyttes til mangelen på bedring i folks mentale helse i tidlig fase av urbaniseringen.	trygghet og tillit
Stain, Kelly, Lewin, Higginbotham, Beard og Hourihan, 2008 (Nasjonalt-folkehelseinstitutt & Nes-kommune, 2005; Stain et al., 2008)	Kvantitativt . Spørreundersøkelse ble sendt til voksne personer, mange bønder, fire regjeringsområder, Kessler – 10 skjema fører til en index over nåværende psykisk stress.	Man undersøker forbindelsen mellom psykisk helse og målinger av lokalsamfunnsstøtte, støttende sosialt nettverk, identitetsfølelse, utrygghet og opplevd problem i en landlig Australsk befolkning.	Undersøkelsen målinger inkluderte: støttende nettverk, tilknytning i lokalsamfunnet, nylige stressorer, og målinger av helse knyttet opp til fungering. Psykisk stress ble knyttet til nylige ugunstige hendelser, stigende alkoholbruk og funksjonell skade.	Halvparten av respondentene og særlig blandt bøndene (71,8%) rapporterte høyt nivå av opplevd stress knyttet til tørke. Effekten på stressfulle livshendelser, opplevd sosial støtte, alkoholbruk og fysisk funksjonsnivå var uavhengig av de psykiske plagene. Lite støtte i lokalsamfunnet hadde større effekt på nivået av psykiske plager. Dette så man særlig hos de som ikke var bønder. Viser en høyere grad av sosial kapital på landsbygda, noe som svekker de psykiske plagene.	Sosial kapital og psykisk helse - har positiv sammenheng, særlig hos bønder
Berry, 2008 (Berry, 2008)	963 deltakere fra lokalsamfunn, fra 19-97 år, randomisert utvalg fra et kystdistrikt i	Ønsker å gruppere og beskrive medlemmer i et sosioøkonomisk belastet landlig område,	Målte frekvens hos 14 typer deltakere, tanker og følelser hos hver type, og fem aspekter ved sosiale	Fire grupper av deltakere ble identifisert; sosial kapital elite, travelt arbeidende foreldre, eldre-deltok mindre, og	Sosial kapital og psykisk helse - positiv

<b>Studie-referanse</b>	<b>Design</b>	<b>Hvilken kontekst undersøkes?</b>	<b>Psykisk helse relateres til:</b>	<b>Resultat</b>	<b>Funn</b>
	Australia. Tostegs tverrsnitt analyse	rapportere deres nivå av sosiale sammenhenger og psykiske plager, og reflektere rundt handlings-implikasjoner.	sammenhenger. Psykiske plager ble bestemt hos hver gruppe.	ekskluderte deltakere. De siste rapporterte lav deltakelse og psykiske plager. Mental Helse-fremmende arbeid må, for å være effektive tilpasses målgruppen. Det kreves at målgruppen analyseres, da de vil respondere ulikt på tiltak, og der er ulike barrierer som må overvinnes.	sammenheng
Granerud, 2004 (Granerud, 2004)	Kvalitativt studie, Multistage fokusgruppeintervju, 17 deltakere i tre ulike grupper i to kommuner	Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer, erfaringer, utfordringer og ønsket støtte	Betingelser for å opprettholde kontroll og oppleve sosial integrering	Deltakerne opplevde at sosialt nettverk ble oversett av behandlere. Deltakerne ønsket hjelp til å bli mer aktive.	Sosial kapital og psykisk helse - Behandling - overser nettverk
Kruger, Reischl og Gee, 2007 (Kruger, Reischl, & Gee, 2007)	Et kvantitativt studie, en kommuneundersøkelse av 801 respondenter	En undersøkelse om hvordan forringelse i nabolag/lokalsamfunn fører til stress og depressive symptomer, og oppfattes som en effekt av nabolagets sosiale tilstand.	Nabolagsforringelse og velbefinnende kommer til syne gjennom sosial kontakt, sosial kapital og opplevelse av kriminalitet, men ikke gjennom nabolagstilfredsstillelse.	Særlig boligforringelse viste seg gjennom sosial kontakt, og videre sosial kapital og frykt for kriminalitet. Offentlig forringelse viste seg kun gjennom frykt for kriminalitet. Tidlig intervensjon for å forbedre tilstander i nabolag og intervensjoner fokusert på å skape sosiale relasjoner kan fremme velbefinnende.	Sosial kapital, fysisk miljø og psykisk helse - positiv sammenheng for velbefinnende og trygghet

Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
Hovengen , 1998 (Hovengen, 1998)	Et kvasi-eksperimentelt før og ettermåling-design. Beskriver et intervensjonsforsøk i perioden 1991-1994. En spørreundersøkelse. 92 personer i 1991. Av disse 40 personer i 1994 (44 hadde flyttet)	Bomiljø og psykisk helse; et studie av sammenhengen mellom sosiale miljøfaktorer, sosial integrasjon og psykisk helse i et belastet forstadsområde i Oslo. Ville se på om tverrsektorell intervensjon, med sikte på å bedre bomiljø ved å påvirke trivselregulerende faktorer, lage kontaktskapende aktiviteter, vil styrke innbyggernes sosiale integrasjon og påvirke på psykisk helse.		Fant et segregert og ustabilt bomiljø. Målingen i 1994 viser en signifikant bedring i integrasjonsnivået, uten at man fant tilsvarende bedring for psykisk helse. Det viser seg at beboere med mye psykiske plager ikke deltok i kontaktskapende aktiviteter. Trivselsregulerende faktorer; fritidsaktiviteter, sosiale møteplasser, barnehager fremstår som bedret, mens ut og innflyttingen og boutgiftene er forverret.	Sosial kapital og psykisk helse - fant ikke positiv sammenheng. Men viser seg at man fanger ikke opp de med psykiske plager
Dannenberg, Jackson, Frumkin, Schieber, Pratt, Kochtitzky og Tilson , 2003 (Dannenberg et al., 2003)	1 dags workshop, tverrfaglig utvalg av eksperter deltok, alle medvirket med 2 forsknings-spørsmål, brukte små grupper i workshop og fullt workshop-panel til diskusjon, endte opp med 37 forsknings-spørsmål, Center of Disease	Hvordan utbyggingen av lokalmiljøet påvirker den fysiske og mentale helsen til innbyggerne. Vil påvirke til utbygging som fremmer fysisk og mental helse.	En ser på faktorer som; fysisk aktivitet, skadeforebygging, luftforurensning, vannkvalitet, byplanlegging, transport, arkitektur, epidemiologi, bruk av land, mental helse, sosial kapital, husbygging og sosial handling. Sosial kapital definert som sosialt, økonomisk og	Endte opp med 18 spørsmål innen fire områder for videre forskning; Fysisk aktivitet og valg av transportmåter, Skadeforebygging, Luftkvalitet og klimaendring, lokalpolitikk og andre strømninger. Sosial kapital kan bli berørt av utformingen av de fysiske omgivelsene, som igjen kan påvirke den mentale helsen.	Fysisk miljø og sosial kapital og psykisk helse - Fysisk miljø kan påvirke både sosial kapital og psykisk helse.

Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
	Control and Prevention, Atlanta.		politisk nettverk og interaksjoner som fører til tillit og gjensidighet blandt innbyggerne.	Det naturlige og det bygde miljøet kan også direkte påvirke den mentale helsen.	
Griffiths, Horsfall, Moore, Lane, Kroon og Langdon, 2006 (R. Griffiths et al., 2006)	Intervju av 360 kvinner, både åpne og lukkede spørsmål. 69 intervjuer var oversatt til andre språk enn engelsk, 14 av kvinnene fullførte ved et tlf.intervju. 327 kvinner fullførte undersøkelsen. Analysert ved hjelp av SPSS. Kvantitativt studie, som en komponent i et tre års program for lokalsamfunns utvikling.	En undersøkelse der man ønsket å identifisere den beste strategien for å styrke vennskap og det sosialt støttende nettverket for kvinner mellom 18-39 år som bor i Villawood, et belastende område med lav levestandard i sør-vest.Sydney, Australia.	Opplevelse av sosial støtte og nettverk, opplevelse av fysisk og psykisk velbefinnende, kunnskap om og tilgjengelighet til kommunale tjenester, sikkerhet og opplevelse av trygghet, lokalsamfunnets styrker og svakheter.	Resultatene viser viktigheten av å vurdere behovene til målgrupper, i denne sammenheng sosialt isolerte grupper, før man implementerer et utviklingsprogram i lokalsamfunnet. Kvinner som ikke var sysselsatt følte seg mer isolert enn kvinner i hjemmearbeid. Sistnevnte hadde mer kontakt med naboer, og opplevde bedre mental helse.	Utvikling av lokalsamfunn - viktig å kartlegge Sosial kapital og psykisk helse - positiv sammenheng
Osborne, Baum og Ziersch, 2009 (Osborne, Baum, & Ziersch, 2009)	Kvalitativt studie, dybdeintervju med 30 kvinner i Adelaide, sør-Australia	En undersøkelse som vil finne ut om kvinners deltakelse i utvalg / grupper i lokalsamfunnet kan gi negative konsekvenser for deres psykiske helse.	En ser på psykisk helse i forhold til kvinnes opplevelse av psykisk velbefinnende.	14 kvinner rapporterte negative erfaringer med deltakelse i utvalg / grupper i lokalsamfunnet. Erfaringene er knyttet til: kjønnsroller-morsidentitet i forhold til deltaker i samfunnet, å organisere deltakelse inn i hverdagslivet, forhandling om gruppedynamikk.	Deltakelse; sosial kapital og empowerment - negativ sammenheng.



Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
				Det ser ut til at deltakelse i utvalg/grupper kan gi negative konsekvenser for mental helse.	
Hummelvoll, Eriksson, Beston, 2009 (Hummelvoll, Eriksson, & Beston, 2009)	Kvalitativt studie, handlingsorientert forsknings-samarbeid, tre flerstegs fokusgruppe-intervjuer	Utvikling i retning av risikosamfunn, Kan det ramme utsatt grupper mer enn andre?	Nye trusler, usikkerheter, risikoer.	Høy endringstakt, usikkerhet, grenseløshet, fare og svekket tillit ser ut til å kunne ramme utsatte grupper og gi ensomhet og fremmedgjøring. Også potensielle positive konsekvenser i teknologi, og mulighet for utvikling mot alternative fellesskap.	Sosial kapital i risikosamfunn - både positiv og negativ sammenheng.
Folkehelse instituttet og Nes kommune, 2005 (Nasjonalt - folkehelse institutt & Nes-kommune, 2005)	En helseprofilundersøkelse for å kartlegge befolkningen i et stort nytt boligfelt i Nes kommune på Romerike. Kvantitativt studie med spørreskjema. 38% av beboerne (totalt 650 personer) deltok	Hensikten var å dokumentere viktige sosiale og helsemessige trekk i befolkningen med sikte på målrettede tiltak fremover.	Psykisk helse relateres til beboernes egenvurdering.	Det var klar sammenheng mellom negativ opplevelse av bomiljøet og det å ha psykiske plager. Forhold som har med sosial kontakt og fellesskap synes å være særlig viktig. Inn- og utflytting ble opplevd belastende. Dyre boliger et problem. De som opplevde positiv interesse, praktisk hjelp og felles aktiviteter med naboer, gav uttrykk for lite psykiske plager.	Sosial kapital og psykisk helse - Positiv sammenheng
Whitley,	Litteraturrevjuer	Ser på forholdet	Depresjon,	Sosial kapital kan	Sosial

<b>Studie-referanse</b>	<b>Design</b>	<b>Hvilken kontekst undersøkes?</b>	<b>Psykisk helse relateres til:</b>	<b>Resultat</b>	<b>Funn</b>
McKenzie , 2005 (Whitley & McKenzie , 2005)	av publiserte studier	mellom sosial kapital og mental helse; først på studier med fokus på depresjon og angst, dernest på studier fokusert på psykoser. Etter å ha funnet ut hvordan sosial kapital påvirker mental helse, diskuteres hvordan kunnskapen kan støtte opp om klinisk og mental helse-tilbud.	angst og deretter psykoser.	være lovende når man skal studere psykiatri i lokalsamfunnet, og kan til og med være nyttig for klinikere når de skal lage behandlingsplan. Det er likevel svakheter i bevisene som støtter at sosial kapital beskytter den mentale helsen.	kapital og psykisk helse - positiv sammenheng, men svakhet er
De Silva, Mc Kenzie, Harpham, Huttly, 2005 (Silva, McKenzie , Harpham, & Huttly, 2005)	Kvantitativt studie , systematisk undersøkelse av sammenhenger, 20 elektroniske databaser og referanser ble utforsket for å identifisere utgitte studier. Forfattere av upubliserte arbeid ble kontaktet, anonyme forskninger ble gått igjennom, ingen datorestriksjon.	En undersøkelse av sammenhenger mellom sosial kapital og mental sykdom.	Sammenhengen mellom sosial kapital og psykisk sykdom. Ulike metoder, ulike populasjoner som ble undersøkt, og ulike resultat av mental sykdom, gjør de vanskelig å sammenligne.	Individuell og miljømessig sosial kapital kan være et resultat av ulike aspekter ved de sosiale omgivelsene. Aktuelle bevis er utilstrekkelige for å argumentere for utvikling av spesifikk sosial kapital-intervensjoner for å bekjempe mental lidelse.	Sosial kapital og psykisk helse - usikker sammenheng, grunnet mange faktorer spiller inn.
Sartorius, 2003 (Sartorius, 2003)	Litteraturstudie	Beskriver forholdet mellom mental helse og sosial kapital.	Ser på mental helse som balansen individet etablerer innad i seg selv og	Viser at økning av sosial kapital støtter den mentale helsen, og motsatt at å fremme og forbedre den	Sosial kapital og psykisk helse -

Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
			mellom seg selv og deres sosiale og fysiske omgivelser. Ser på sosial kapital som det gode mennesker får som et resultat av gjensidig støttende sosiale relasjoner.	mentale helsen (like mye som å sørge for god behandling av psykiske lidelser) bidrar til at sosial kapital gror/øker.	en gjensidig positiv sammenheng og påvirkning.
Renalds, Smith og Hale, 2010 (Renalds, Smith, & Hale, 2010)	En systematisk undersøkelse med gjennomgang av artikler i Cinahl og Medline databaser. Engelske artikler, publisert januar 2003 – januar 2009, av 64 artikler, falt 23 inn under inklusjons-kriteriene	En undersøkelse om utbygging av nærmiljøets betydning på helse	Ser på utbygging av lokalsamfunnet og innbyggernes individuelle helseutbytte og det kommunale helseutbytte	Ved utbygging av lokalsamfunn er det vesentlig å tenke på å støtte livsstilsvalg. Konsekvensen kan bli gunstige eller ugunstige for innbyggernes helse, både på individuelt og samfunnsnivå. Ved bevisst bruk av land, design, vedlikehold, kan nærmiljøet bygges slik at det støtter opp om livsstiler som fører til både fysisk og psykisk helse, og dermed økt livskvalitet for innbyggerne.	Bevisst forhold til utbygging, fysisk miljø og livsstil - positivt på psykisk helse
Eriksson, Lindström, Lilja, 2007 (Eriksson, Lindström, & Lilja, 2007)	Et tverrsnittstudie -design ble tilpasset. Antonovskys SOC -spørreskjema, GRRs- generell resistense ressurser, og Becks Depresjons-skåring ble	Målet er å beskrive fordelingen av SOC blant 40-70 år gamle Ålendere, undersøke fordelingen av depresjon på Åland og dets forhold til SOC, og diskutere funnene opp	Psykisk helse sees opp mot egen selvvardert helse, dvs opplevelse av å ha god helse, samt opp mot fordeling av depresjon.	64% rapporterte god helse, 70,7% rapporterte SOC. Jo høyere SOC, jo høyere var selvrapportert helse. SOC synes å være en helsefremmende ressurs som støtter utviklingen av en	SOC og psykisk helse - positiv sammenheng

<b>Studie-referanse</b>	<b>Design</b>	<b>Hvilken kontekst undersøkes?</b>	<b>Psykisk helse relateres til:</b>	<b>Resultat</b>	<b>Funn</b>
	benyttet. I tillegg ble en separat spørreskjema benyttet om sosiodemografisk informasjon, og om hver respondents selvopplevde helse.	mot salutogent rammeverk i en sosial kontekst.		positiv mental helse.	
Langeland, Riise, Hanestad, Nortvedt, Kristoffersen, Wahl, 2005 (Langeland et al., 2005)	Kvantitativt studie, randomisert, kontrollert, eksperimentelt design, med en kontrollgruppe. SOC ble målt ved å bruke SOC-spørreskjema, Norge	Ønsker se på effekten av å bruke salutogene behandlingsprinsipper i samtalegrupper, for å gi mestring av mentale helseproblemer.	En ser på hvordan respondentene mestrer sitt psykiske helseproblem	Samtaleterapi-grupper basert på salutogenetiske behandlingsprinsipper bedrer evnen til mestring hos mennesker med mentale helseproblemer.	SOC og psykisk helse - positiv sammenheng
Griffiths, 2009 (C. A. Griffiths, 2009)	Et litteraturstudie av publiserte litteratur gjennom databasene PubMed, IngentaConnect, Sage online, Blackwell-Synergy.com, Science Direct and EBSCOhost	En vil finne ut hvordan man ved å bruke SOC's teori i forhold til rehabilitering og helbreding av mentale helseproblemer.	Ser på mestring av stress i rehabilitering/helbredingsprosessen, og at det overføres til mental helse og psykososial fungering.	Rehabiliteringstjenester burde sikre at de har rehabiliteringsmål som styrker individets sense of coherence (SOC). Videre undersøkelser anbefales for å utvikle rehabiliteringsprogram med SOC som en del av grunnlaget.	SOC og psykisk helse - positiv sammenheng
Ventegodt, Kandel, Menick, 2009 (Ventegodt, Kandel, & Menick, 2009)	Eksperimentelt studie. Der 43 pasienter med svært lav selvaktelse ble behandlet med psykodynamisk korttidsterapi komplementært	Ser på selvaktelse, og å jobbe med selvaktelse som viktig behandling.  Vil prøve ut Antonovskys	Et fundamentalt problem for mennesker er hvordan elske seg selv; hvem er jeg? Når pasienter begynner å føle seg som en	Av 43 pasienter var 26 kurert etter 20 behandlinger ut fra helhetsmodellen.. Behandlingen kunne sammenlignes med de mest vellykkede	Arbeid og psykisk helse - positiv effekt (Kan

Studie-referanse	Design	Hvilken kontekst undersøkes?	Psykisk helse relateres til:	Resultat	Funn
	med arbeidsterapi/ kroppsarbeid, ut fra en helhetstankegang.	salutogenetiske modell, som en prosess av eksistensiell healing.	helhet, utvikler han subjektivt sin SOC (opplevelse av meningssammenheng). Han ser ut til å bli mer levende, mer ekte, mer solid. Denne prosessen kalles av Antonovsky for salutogenesen.	behandlingsformer, og den synes å ha ingen bivirkninger	ses i sammenheng med empowerment, sosial kapital, SOC)
Lundberg, Hansson, Wenz, Björkman, 2009 (Lundberg, Hansson, Wenz, & Björkman, 2009)	Tverrsnittundersøkelse, 200 personer som nå var i kontakt med psykisk helse-tjeneste eller tidligere hadde vært det, data innhentet av en intervjuer i perioden januar 2004 – mars 2005. Det ble brukt kjente måleinstrument – selvrappporterings-skjemaer, og SPSS som statistisk verktøy, regresjonsanalyse ble anvendt	Om stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser, bidrar til at de opplever mindre selvaktelse, myndiggjøring (empowerment) og mindre opplevelse av meningssammenheng (SOC)	Man vurderte avvisnings-erfaringer ved å bruke et kjent skjema (Björkman et al. 2007), som var et selvrappporterings-skjema. GAF ble brukt for å måle fungering, Empowerment ble målt ved et skjema om å ta valg (Rogers et al 2007)	Stigmatisering og avvisning forbindes med lavere nivå av selvaktelse, myndiggjøring (empowerment) og opplevelse av meningssammenheng (SOC). Psykiatriske sykepleiere er i posisjon til identifisere erfaringer med stigma, og bidra til at pasienten finner mestringstrategier for å redusere virkningen av stigma.	Stigma gir negativ effekt på SOC, empowerment, selvaktelse - dvs. Negativ effekt på psykisk helse
Eriksson, Lindström, 2006 (Eriksson & Lindström, 2006)	Litteraturstudie, analytisk og systematisk integreres med den moderne kunnskapsbase om salutogenetisk forskning publisert i 1992 – 2003.	Et studie med målsetning å lage en syntese over empiriske funn om det salutogenetiske konseptet; sense of coherence (SOC), og undersøke i hvilken grad det	Man har sett på SOC, uten å ta hensyn til, alder, kjønn, etnisitet, nasjonalitet og studiets design.	SOC synes å være en helsefremmende ressurs, som styrker elastisitet og utvikler en positiv opplevelse av helse, og da særlig mental helse. Salutogenesen har	SOC og psykisk helse - positiv sammenheng

<b>Studie-referanse</b>	<b>Design</b>	<b>Hvilken kontekst undersøkes?</b>	<b>Psykisk helse relateres til:</b>	<b>Resultat</b>	<b>Funn</b>
	Inneholder 458 forskningspublikasjoner og 13 doktoravhandlinger	kan forklare helse og helsedimensjoner.		en verdifull helsefremmende effekt.	

## Vedlegg 2: Forespørsel om å delta i intervjuundersøkelse

### Forskningsprosjekt i psykisk helsearbeid - Informasjonsskriv!

Etter flyplassvedtaket i 1992 har Ullensaker kommune gått gjennom en voldsom endring. Fra å være landkommune, sikter nå kommunen mot bystatus. Jessheim, som er største tettsted, er blitt et regionsenter på Øvre Romerike. Kommunen har vokst med gj.sn. 900 innb. pr år de siste 10 årene.

Det psykiatriske helsetilbudet i Ullensaker har opplevd en stor økning i henvisninger fra kommunens innbyggere. Trolig er det komplekse årsaker til denne økningen. Dette studiet ønsker å ha fokus på om faktorer i lokalsamfunnet kan være medvirkende til at innbyggere blir syke. Samtidig vet vi at

«Lokalsamfunnet er en viktig arena for sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, både fordi folks helse og trivsel avhenger av et godt nærmiljø og fordi lokalsamfunnet gir muligheter for å engasjere mange gode krefter i felles sak» (Mæland, 2005; 129).

*Tema for studiet er : «Lokalsamfunn i rask og gjennomgripende endring – Konsekvenser for psykisk helse? Hvordan skape beskyttelsesfaktorer?»*

Forskningsprosjektet ønsker å ta utgangspunkt i lokalsamfunnet Ullensaker sin situasjon.

Hensikten med studiet er:

1. Å finne ut om det å bo i et lokalsamfunn i rask og gjennomgripende endring og vekst, slik som Ullensaker kommune, påvirker befolkningens psykiske helse og dermed behovet for helsehjelp.
2. Jeg ønsker finne ut hvordan et slikt lokalsamfunn kan håndtere situasjonen for å skape beskyttelsesfaktorer.

Forskningen baseres på kvalitativ metode med et halvstrukturert intervju. Intervjuet vil ta utgangspunkt i en intervjuguide med noen få åpne spørsmål innenfor hensiktens problemområde. Intervjuet vil ta 1 – 1 ½ time og vil foregå på et nøytralt sted, som vi blir enig om. Intervjuet vil bli tatt opp med en lydopptaker. Innholdet i lydopptakeren vil deretter bli skrevet ned i sin helhet. Etter studiet vil lydopptaket bli slettet og skriftlige opplysninger anonymisert. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt. Dato for prosjektslutt er 31. august 2010.

Deltakelse i intervju er helt frivillig, og du vil når som helst kunne trekke deg. Dersom du trekker deg, vil lydopptak slettes og intervjuutskrifter anonymiseres.

Undersøkelsen skjer innenfor rammene av en mastergradsutdanning ved høyskolen i Hedmark. Resultatene vil bli dokumentert i en mastergradsoppgave. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Dersom ikke annet avtales med deg, vil du bli anonymisert i den ferdige oppgaven.

Dersom du har ytterligere spørsmål, er du velkommen til å ta kontakt med u.t. og/eller veileder pr. mail eller på tlf. Samtykke-skjema for deltakelse i intervju ligger vedlagt.

*Velkommen som deltaker og intervjuperson i studiet!*

Mvh. Ann-Grete Dybvik Akre, [anngre@live.no](mailto:anngre@live.no) Tlf: 90 79 52 72

Veileder: Bengt Eriksson, [bengt.erikson@hihm.no](mailto:bengt.erikson@hihm.no) Tlf: 0046-570 35164 / 0046-70 6885172  
Høgskolen i Hedmark: Tlf: 62 43 00 00

## Vedlegg 3: Samtykkeskjema!

Jeg, \_\_\_\_\_, Født: \_\_\_\_\_

samtykker i å delta som intervjuperson i forskningsprosjektet:

*«Lokalsamfunn i rask og gjennomgripende endring – Konsekvenser for psykisk helse?*

*Hvordan skape beskyttelsesfaktorer?*

Jeg er informert om at all informasjon jeg gir vil bli behandlet konfidensielt, og at informasjonen kun blir benyttet til studiets hensikt.

Jeg er klar over at jeg kan trekke meg som intervjuperson når som helst i løpet av studiet.

Dersom jeg trekker meg, vil lydopptak slettes og intervjuutskrifter anonymiseres.

Prosjektslutt er beregnet til 31.august 2010.

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Intervjuperson

\_\_\_\_\_  
Forsker



## **Vedlegg 4: Intervjuguide!**

### **«Lokalsamfunn i rask og gjennomgripende endring – Konsekvenser for psykisk helse? Hvordan skape beskyttelsesfaktorer?»**

#### **En undersøkelse i vekstkommunen Ullensaker**

1. Hvilke elementer i et lokalsamfunn og nærmiljø mener du er av betydning for å opprettholde psykisk helse?
2. Hvilke faktorer i et lokalsamfunn og nærmiljø kan være en risikofaktor for psykisk helse?
3. Ullensaker er en kommune i rask og gjennomgripende endring og vekst. Hvordan har du merket det i jobben din?
4. Hvilke konsekvenser kan den raske endringen og veksten i Ullensaker kommune ha for innbyggernes psykiske helse?
5. Både det kommunale og det statlige hjelpetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i Ullensaker opplever en sterk økning i antall henvisninger pr. år.  
Hva kan være årsaken til de økte henvisningstallene?
6. Ullensakers befolkning består av de som har bodd her lenge og de som er innflyttere.  
Hva er evt. forskjellen på disse to gruppene når det gjelder:  
a) evne til ivaretagelse av psykisk helse?  
b) sårbarhet i forhold til psykisk helse?
7. Hvilke faktorer i Ullensaker kan evt. bidra positivt til å ivareta psykisk helse?
8. Hvordan mener du at man i Ullensaker på en best mulig måte kan skape et lokalmiljø som ivaretar psykisk helse? Kom gjerne med konkrete forslag.

*Takk for at du deltok i undersøkelsen!!!*